

3 01040

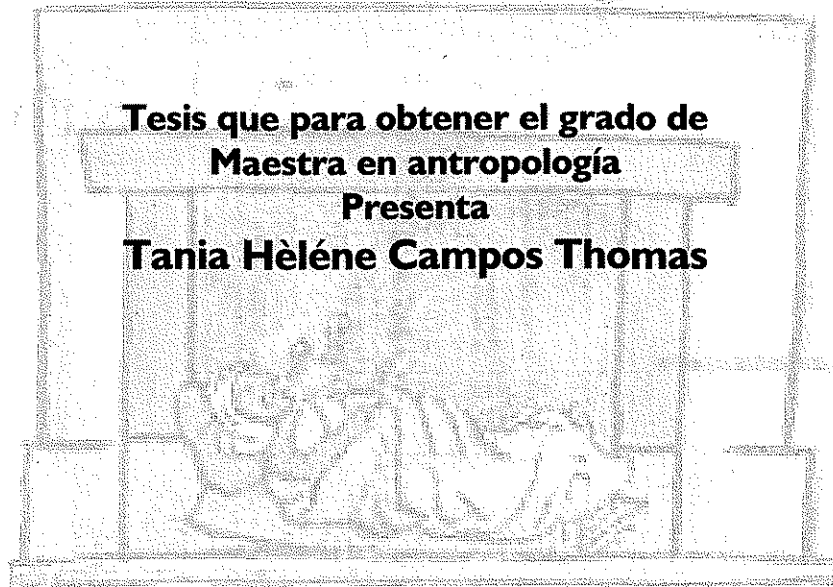


UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Filosofía y Letras
Instituto de Investigaciones Antropológicas

Antropología médica: contextos, textos y pretextos
Propuesta teórico-metodológica
para el estudio de sistemas etiológico-terapéuticos coexistentes

Aspirante (algunos)



Tesis que para obtener el grado de
Maestra en antropología
Presenta
Tania Hélène Campos Thomas

COPIA

Director de tesis
FAC. DE FILOSOFÍA Y LETRAS
Dr. Francisco de la Peña Martínez



DIVISION DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

México, octubre 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Imagen de la portada: Hospital de Indios (Códice Osuna).
Tomado de <http://www.urologiaaldia.com/fijos/hismed/aztecas3.htm>
21 de agosto de 2002

**A mi querido abuelo.
Maestro de profesión, curador de nacimiento.**

Y en misterios de ritual
Del chamán, médico, brujo
Del peyote con influjo
En pócima celestial
Esa danza espiritual
Con su código inmortal
Que para expulsar el mal
Las limpias son el barrer
Y en brebaje menester
Leyenda ser del nagual.

(Don Julián Tello. El Refugio, Querétaro)

Agradecimientos

Como siempre, mi trabajo es posible gracias a la generosidad de muchas personas quienes de una u otra forma, a veces sin saberlo, me han sido de gran ayuda. Sería sumamente difícil asegurar que no paso por alto a ninguna de ellas y por eso, desde este momento pido una disculpa a quien se viera omitido en esta página.

Gracias siempre, a la primera institución que me formó como etnóloga: la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Gracias también a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por la educación gratuita que me brindó y por la beca con la que me ha beneficiado durante mis estudios de maestría, por medio de la Dirección General de Estudios de Posgrado.

Gracias al Dr. Francisco de la Peña por dirigir esta tesis, por orientarme en la elaboración de la misma, pero sobre todo por su invaluable amistad. De igual forma, agradezco a la Dra. Noemí Quezada, a la Dra. Ana Bella Pérez Castro, a la Dra. Araceli Colín y al Dr. Luis Alberto Vargas –lectores de esta tesis– por los acertados comentarios y sugerencias que me han hecho. También al Dr. Carlos Navarrete quien sin conocerme y sin saberlo me devolvió la esperanza.

Por supuesto agradezco mucho el tiempo y el trabajo que desinteresadamente me ha regalado mi querida amiga Karlita, revisando una y otra vez la redacción de este escrito. A Vincent por la formación de la tesis y a Claudia por explicarme cuestiones jurídicas de los convenios y declaraciones.

Mi interés por la antropología médica se gestó con la ayuda de varias personas, razón por la cual esta tesis debe mucho a cada una de ellas. Gracias al Dr. Javier Castellanos Coutiño, quien me dio la oportunidad de trabajar en el Instituto de Seguridad Social y Salud para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y se preocupó por que mi labor estuviera relacionada estrechamente con mi profesión. También quiero agradecer al personal de las brigadas con quienes trabajé en Chiapas, especialmente a la Dra. Guerrero. Al Dr. Roberto Campos Navarro por permitirme participar en el proyecto que, junto con el Dr. Luis Alberto Vargas, desarrollan en hospitales de América Latina. A pesar de haber decidido no continuar en ese proyecto, la experiencia que por el mismo tuve ha sido fundamental para la conformación de mi actual postura en cuanto a la disciplina.

Durante la realización de cualquier trabajo hay personas importantes a las que comúnmente no se les da el reconocimiento que merecen porque en sus manos quedó la labor menos académica, pero la más ardua e importante para mi: el apoyo, el consuelo, la comprensión y la escucha. Gracias por todo eso y por mucho, mucho más, a mi madre quien siempre ha sido mi ejemplo a seguir como mujer, como ser humano y como profesionista. También a Jaime Pagán por los desvelos a mi lado y por todo lo demás. A la familia Pagán Jiménez por la solidaridad, a Lalo, a Kako, a la Panchi, a Marinés, a Charly, a Chema, a Greg, a Gail y a Jaime Page. Por el constante amor agradezco a Tiamath, siempre presente durante la elaboración de esta tesis. Por último, y no menos importante, gracias a Luz y a Tere por hacer que todo fuera más fácil.

Índice

Introducción	9
Primera parte	
La antropología médica y sus contextos	15
Capítulo 1	
La antropología médica en México	16
Capítulo 2	
Indigenismo político y antropología indigenista	27
Capítulo 3	
Tres formas de comprender la salud-enfermedad	34
Capítulo 4	
Hacer antropología médica en México	40
Segunda parte	
La antropología médica y su objeto de estudio	49
Capítulo 5	
Salud, enfermedad y sistemas médicos	51
Capítulo 6	
Relación médico-paciente	59
Capítulo 7	
Modelos de atención médica	64
Capítulo 8	
Modelos etiológicos y terapéuticos	71
Capítulo 9	
Sistemas etiológico-terapéuticos coexistentes	80
Conclusiones	84
Bibliografía	90
Apéndices	104
Apéndice 1	
Cambio sociocultural en medicina (cuadro)	106
Apéndice 2	
Convenio 169 de la OIT	107
Apéndice 3	
Declaración de Alma Ata	119
Apéndice 4	
Carta de Ottawa para la promoción de la salud	123
Apéndice 5	
Declaración de Cherán	128

Introducción

La relación entre la medicina institucional y los diferentes marcos culturales en los que se inserta, es una problemática que ha llamado mi atención desde el año de 1997 cuando trabajé con médicos del ISSSTE (Instituto de Seguridad Social y Salud para los Trabajadores del Estado), quienes participaban brindando atención a la población tzotzil del municipio de Chenalhó, dentro del llamado Plan Emergente de Ayuda a Desplazados en Chiapas.

Mientras realizaba este trabajo en las comunidades de San Pedro Chenalhó –cabecera municipal– y en el ejido Belisario Domínguez, hice una revisión minuciosa de la bibliografía existente sobre la problemática de salud en dicho municipio, así como de las contradicciones entre el sistema etiológico-terapéutico local y las formas institucionales de salud ofrecidas por el Estado. El objetivo era entender mejor las razones por las cuales la población rechazaba de forma recurrente la atención médica proporcionada por dichas instancias. Me resultaba claro que gran parte del rechazo se debía a promesas no cumplidas y a abiertos engaños en las políticas de salud impuestas en la región.¹ Sin embargo, me encontré también con problemas que parecían originarse en la falta de información del personal médico, acerca de los rasgos culturales propios de las comunidades a las que era asignado.

De mi trabajo en Chenalhó se obtuvo un estudio que pretendía con su publicación, señalar las contradicciones derivadas de la inserción de un sistema médico culturalmente ajeno a la población que se dirige. Lamentablemente, este trabajo –del mismo modo que la mayoría de las investigaciones antropológicas que al respecto se han hecho– mostró también la poca disponibilidad de las autoridades encargadas de la salud, quienes en general no están dispuestas a admitir errores y, mucho menos, a poner en práctica las sugerencias hechas por investigadores sociales a las que consideran “políticamente imprudentes” o, en el mejor de los casos, “curiosas”.²

A pesar de la negativa obtenida ante la pretensión de publicar los resultados de mi estudio, seguí creyendo firmemente en la necesidad de investigaciones antropológicas relacionadas con la problemática que implica implementar un sistema de salud –pensado desde la hegemonía de la medicina institucional– en una comunidad con un universo cultural distinto respecto a la construcción de conceptos como salud, enfermedad, cuerpo y, en general todos aquellos relacionados con el “estar sano”.

Aún con la idea de que era importante adecuar a la cultura local la práctica médica ofrecida por el Estado y con la firme convicción de que al realizar una investigación no debe

1 Es el caso que se presentó en el ejido de Belisario Domínguez cuando miembros de la población obstaculizaron el traslado de una paciente a San Cristóbal de las Casas, argumentando la esterilización realizada, sin su consentimiento, a mujeres indígenas en hospitales institucionales a los que generalmente acudían por presentar problemas de retención de placenta durante el parto.

2 A pesar de que la OIT (Organización Internacional del Trabajo) en su Convenio número 159, apunta que los servicios de salud deberían planearse e implementarse tomando en cuenta las condiciones socioculturales de los pueblos involucrados, esto no se hace en las zonas indígenas de nuestro país. Prueba de ello es que son escasos los contratos para antropólogos y otros investigadores sociales capacitados para realizar un diagnóstico de dichas condiciones, a partir del cual se pueda organizar un programa de salud como el que este Convenio sugiere.

tenerse como finalidad hacer una crítica sin intentar encontrar también posibles soluciones a los problemas detectados, inicié —como parte de un proyecto de investigación más amplio— el estudio de dos hospitales que atienden a población rarámuri. El objetivo era plantear propuestas que contribuyeran en un futuro no muy lejano, a la obtención de mejores resultados en la atención médica brindada a la población indígena de nuestro país.

Un mes de trabajo en la Sierra Tarahumara (habiendo limitado mi campo a los hospitales, a sus pacientes y a su personal) fue suficiente para devolverme a la idea de que, sin el análisis previo y profundo de cuestiones como las concepciones culturales sobre el cuerpo, la salud-enfermedad y muchos otros aspectos, difícilmente pueden plantearse soluciones como las que yo me proponía. Cabe señalar que el proyecto en el que se inscribía mi investigación ha obtenido resultados que indudablemente benefician a la población indígena de América Latina. Sin embargo, éste y muchos otros proyectos en antropología médica, consideran posible adecuar culturalmente el sistema médico institucional, premisa de la que, como se expone más adelante, yo difiero.

Muchas de las razones por las que el sistema médico del Estado no logra los resultados esperados, efectivamente están relacionadas con problemas como los argumentados por las propias instituciones gubernamentales encargadas de la salud: escaso presupuesto, bajos salarios del personal médico, condiciones laborales no óptimas, entre otras. Sin embargo, estos argumentos no parecen responder del todo a la cuestión de por qué los proyectos de salud —específicamente aquellos dirigidos a población indígena— no cumplen con la totalidad de los objetivos que se han propuesto. Al respecto, la antropología médica ha evidenciado que en general se trata de programas pensados, elaborados y llevados a cabo sin ninguna o con una mínima participación de la gente a la que se dirigen, partiendo de la idea de que toda la población indígena del país es igual.

En este sentido, algunos investigadores han hecho grandes esfuerzos por adecuar dichos programas institucionales a la realidad sociocultural de los pueblos indígenas mexicanos. Sin embargo, en la mayoría de estos estudios no se considera el hecho de que el propio sistema médico “científico” es una construcción cultural y que, por tanto, sus practicantes tienen una forma particular de entender el mundo. Además, se le resta importancia a la posición hegemónica que la medicina legitimada por el Estado ocupa, cuando precisamente es este estatus el que imposibilita su adecuación. Al respecto, Michel Foucault (1999) —interesado en la determinación social del acto terapéutico— planteó que las técnicas y prácticas de sanación son sociales y están reforzadas por la cultura para conjurar el mal, por lo tanto la ideología dominante se constituye como portadora de la verdad frente a las demás que son consideradas falsas. Así, el sistema médico de la sociedad hegemónica se traduce en la “verdadera medicina” y —más allá de modificar ciertas cosas como el tipo de alimentación en los hospitales o la imposibilidad de alojar a los familiares del enfermo en las instalaciones del mismo— difícilmente aceptará la eficacia de otros sistemas médicos y, menos aún consentirá su práctica sin subordinarlos.

De igual modo –con una postura radical y por fortuna poco frecuente– aquellos que abogan por la conservación de la medicina “tradicional” manifestándose en contra de la introducción del sistema médico institucional en las comunidades indígenas, parecen haber olvidado que éstas no están aisladas, razón por la cual no es necesario que el Estado ponga clínicas y hospitales a su disposición para que se utilicen algunos de sus recursos e incluso, de otros sistemas médicos. Además, la cultura es dinámica y, como pertenecientes a la misma, los habitantes de las localidades en las que operan instituciones médicas del Estado no son receptores pasivos que rechazan o aceptan por completo la medicina “occidental”, aún cuando ésta intente ser “moldeada” a los contornos culturales de la región en la que se inserta.³

Si bien las posturas anteriormente expuestas ejemplifican dos formas completamente contrarias de entender e intentar resolver el conflicto que la diversidad de sistemas médicos implica, las propuestas que en este sentido ha hecho la antropología médica mexicana no se reducen a la introducción o no de la medicina “científica” en comunidades indígenas y campesinas. La disciplina ha cambiado a lo largo de su historia, pero de forma inevitable sus planteamientos siempre han estado estrechamente relacionados con los contextos políticos en boga. Ciertamente antropólogos médicos como Gonzalo Aguirre Beltrán han analizado extensamente la historia de la disciplina, sin embargo parece necesario revisarla nuevamente poniendo énfasis en la relación que guardan las políticas indigenistas del Estado con las propuestas de la antropología en su conjunto.

Es precisamente por la estrecha relación que la disciplina ha sostenido con las políticas estatales en países como el nuestro, que la antropología médica necesita evaluar constantemente sus métodos y objetivos con la finalidad de comprender las funciones que debe desempeñar frente a las actuales condiciones socioculturales que la diversidad étnica impone.⁴ Cabe recordar que la atención médica es una de las principales demandas de los pueblos indígenas en el país, sin embargo esto no quiere decir que la misma deba imponerse sin respetar las propias prácticas terapéuticas de las diferentes comunidades. La antropología médica mexicana contemporánea, distanciada del indigenismo republicano, debe encontrar nuevas formas para hacer aportaciones en este sentido. Con este trabajo se pretende contribuir a ello abordando críticamente la manera en que se ha ido configurando la disciplina en México.

Por otra parte, la antropología médica ha dedicado numerosas investigaciones al estudio de la diversidad cultural en cuanto a salud-enfermedad se refiere, así como a las problemáticas relacionadas con la presencia de distintos sistemas médicos en una comunidad. Sin embargo, son pocos los investigadores que se han interesado por conocer la dinámica de interacción que hace posible la coexistencia de dichos sistemas y, cuando lo

3 Un claro ejemplo de la forma en que las comunidades indígenas eligen, utilizan y resimbolizan elementos de la práctica médica “científica” es el folleto informativo *La medicina maya: pasado y presente* (Page, s/f).

4 En este sentido, aunque hay que aclarar que se trata de una postura sumamente personal, considero que la antropología en México no puede ser una disciplina simplemente académica y que debe tener un compromiso social.

han hecho, centran su interés en la forma en que la medicina “científica” intenta excluir o subordinar al resto de los sistemas médicos, sin tomar en cuenta los mecanismos mediante los cuales estos últimos aseguran su permanencia.⁵

Considero que el conocimiento sobre esta dinámica es fundamental para el desarrollo de cualquier proyecto dirigido a la cobertura médica del país, razón por la cual la antropología requiere de nuevas propuestas teórico-metodológicas que permitan una comprensión más integral de la manera en que se relacionan sistemas médicos diversos. Al respecto, aquí se sugiere el análisis conjunto de tres formas de interacción con frecuencia estudiadas por separado –la relación médico-paciente, la vinculación entre sistemas médicos diversos y la forma en que interactúan los miembros de una comunidad con los recursos médicos a los que tienen acceso–, entendiéndolas como niveles constituyentes de un mismo fenómeno: la coexistencia de sistemas etiológico-terapéuticos.

Así, el escrito que aquí se presenta consta de dos partes en las cuales se discute en torno a algunos tópicos relacionados con los objetivos y métodos de la disciplina en general, de igual modo que con los estudios dedicados a la coexistencia de sistemas médicos en específico. La primera de ellas, titulada *La antropología médica y sus contextos*, se ocupa de analizar el desarrollo de la disciplina en México, poniendo énfasis en los diferentes contextos en los cuales ésta se ha circunscrito a lo largo de su historia. En la segunda –*La antropología médica y su objeto de estudio*– se discute en torno a la forma en que la disciplina ha abordado la coexistencia de diversos sistemas médicos, formulando una serie de consideraciones al respecto.

Por último, cabe señalar que el objetivo de esta tesis ha sido sentar las bases para la realización de un estudio futuro, mediante el cual se pretende “poner a prueba” una “nueva” propuesta teórico-metodológica para el estudio de sistemas etiológico-terapéuticos coexistentes. Como tal, el trabajo que aquí se presenta genera más preguntas que respuestas y constituye únicamente el primer paso de una larga investigación.

⁵ Aguirre Beltrán considera que: “cuando dos pueblos que participan culturas distintas entran en contacto asimétrico, es el grupo subordinado o clase subalterna el que incorpora en sus patrones de comportamiento las innovaciones procedentes del grupo o clase hegemónico”. (Aguirre Beltrán, 1990:10). Sin embargo, las comunidades indígenas han demostrado con frecuencia que también cuentan con los mecanismos contra-aculturativos que dicho autor reserva a la sociedad dominante.

Primera Parte

La antropología médica y sus contextos

Como se ha señalado, la propuesta que motiva la realización de este trabajo se inserta en la llamada antropología médica, disciplina que no ha estado exenta de polémica y dentro de la cual se perfilan distintas posturas teóricas. Esta diversidad de opiniones al interior de la disciplina exige como necesario punto de partida, la revisión de la misma. Por ello, la primera parte tiene como objetivo analizar los contextos -histórico, político, social y teórico- en los cuales surge y se desarrolla el interés antropológico por las dimensiones culturales que adquieren en distintas sociedades la salud y la enfermedad.

De tal forma que en el primer capítulo *–La antropología médica en México–* se exponen los antecedentes de la misma en nuestro país y su desarrollo como disciplina académicamente reconocida. Sin embargo, no se realiza un recuento exhaustivo de la historia de la antropología médica nacional ya que este tema ha ocupado a los antropólogos desde hace varios años (ver Aguirre Beltrán, 1992b; 1994a).

El segundo capítulo titulado *Antropología indigenista e indigenismo político*, se ocupa de deslindar a la investigación antropológica del contexto político en el cual surgió y que lamentablemente sigue teniendo vigencia en los proyectos de salud gubernamentales dirigidos a población indígena del país. La discusión que en este capítulo se desarrolla tiene como finalidad estimular la reflexión al interior de la disciplina, en torno a la participación de la antropología médica en el marco de las actuales condiciones sociopolíticas de México y América Latina en general, así como en las nuevas relaciones que guarda el Estado con las comunidades indígenas.

La antropología médica comparte con otras áreas de investigación –como la sociología médica o la medicina social– intereses y temáticas. Los objetivos y métodos de dichas disciplinas son factores determinantes para la posición asumida por los investigadores ante un mismo objeto de estudio. Por esta razón, durante el tercer capítulo *–Tres formas de comprender la salud-enfermedad–* se realiza un breve análisis comparativo de las mismas, así como del contexto sociopolítico en el cual surgieron las dos últimas, condicionando el desarrollo de la antropología médica en México.

Finalmente, el cuarto capítulo se dedica a la forma en que se han ido configurando diferencialmente las investigaciones al interior de la disciplina y se propone su clasificación en dos grandes formas de *Hacer antropología médica en México*. A partir de la discusión y caracterización de dichos estudios, se elaboran consideraciones importantes que tienen como finalidad definir la perspectiva desde la cual se pretende realizar una futura investigación.⁶

⁶ Como se ha mencionado, esta propuesta constituye la base de una investigación doctoral que será realizada en Santa Mónica Maxtla, comunidad nahua hidalguense a la que se hace referencia en la segunda parte del trabajo.

Capítulo I. La antropología médica en México

Los aspectos socioculturales que determinan la forma en la cual se entienden, se manejan y se enfrentan en diversas sociedades aspectos como la salud y la enfermedad, han sido motivo de interés desde épocas lejanas. Gonzalo Aguirre Beltrán (1992b; 1994a) –uno de los principales expositores de la antropología médica en México– considera como antecedente importante de ésta los escritos de cronistas como Sahagún (1956), Alfonso de Molina (1944) y José de Acosta (1940).

El descubrimiento de la Nueva España marca el inicio del interés de los cronistas por las terapéuticas indígenas, así como de sus esfuerzos por integrar y aprovechar eficazmente sus recursos. Lamentablemente también puede remontarse a esta época el conflicto provocado por la imposición de la práctica médica “científica” desconociendo las terapéuticas locales:

A legos y clérigos les atrae el carácter esotérico de la medicina india y los franciscanos se adelantan a instituir una cátedra, servida por médicos mexicas en el Imperial Colegio de Santa Cruz en Tlatelolco, para preservar los logros de la medicina mesoamericana (...) Sus propósitos -formar un cuerpo médico nativo- contradicen los fines a que aspira la colonia de explotación establecida en Nueva España, dispuesta a configurar con españoles un cuerpo médico hegemónico (Aguirre Beltrán, 1992b:42).

Si bien el interés mostrado por los cronistas de la Nueva España resulta un antecedente importante para el inicio de la antropología médica en México, la mayoría de los autores sitúan su origen como disciplina en la década de 1920 cuando surgen investigaciones reconocidas académicamente en América Latina (ver Menéndez, 1985; Mariño y Rivera, 1998b).

Así, se considera que el trabajo de William Rivers –miembro destacado de la antropología social británica– marcó el inicio de la antropología médica en México.⁷ Rivers fue el primero en plantear la necesidad de reunir en un sistema significativo, la suma de creencias y prácticas que las comunidades indígenas construyen para tratar la enfermedad. En 1924 se publicó su libro *Medicina, magia y religión*, donde consideraba al conjunto de prácticas médicas como fenómeno social susceptible de ser estudiado. En este trabajo Rivers concluyó que los conceptos de medicina, magia y religión están estrechamente relacionados con el contexto cultural en que se generan y reproducen.⁸ Aguirre Beltrán resumió la propuesta de este autor de la siguiente manera:

7 Aguirre Beltrán (1992b; 1994a) considera la obra de Rivers como pionera en el campo de la antropología médica por sus proposiciones formalmente teóricas.

8 "Medicine, magic and religion are abstract terms, each of which connotes a large group of social processes, processes by means of which mankind has come to regulate his behavior towards the world around him". (Rivers, 1924:1).

[Rivers argumentaba que] las prácticas médicas son consecuencia lógica de creencias bien establecidas en cuanto hace a la causalidad de las enfermedades y que estas creencias y prácticas, tomadas en su conjunto, son parte de la cultura y por tanto, constituyen una institución social que, por serlo, debe ser considerada en términos de principios y métodos (Aguirre Beltrán, 1994a:23).

Para Rivers *medicina primitiva* y *medicina científica* eran dos universos separados, uno perteneciente a la concepción mágico-religiosa y el otro al conocimiento científico-naturalista. Según este autor, la medicina primitiva se divide en dos grandes concepciones: *medicina mágica*, que manipula fuerzas de la naturaleza en beneficio de un paciente y, *medicina religiosa*, la cual busca que los poderes sobrenaturales causantes de la enfermedad ayuden a recuperar la salud.

De este modo, el autor distinguió tres tipos de terapeutas dentro de la medicina primitiva: 1) el *médico hechicero* que cura con métodos mágicos; 2) el *médico sacerdote* que sana con ayuda de la plegaria y el rito y, por último, 3) el *médico empírico* quien, gracias a la experiencia adquirida, es capaz de restablecer la salud generalmente a partir de los conocimientos que posee sobre plantas medicinales.

Durante la misma década en que Rivers hizo sus aportaciones a la disciplina, apareció en el escenario de la antropología médica mexicana otro actor importante: Robert Redfield. Influenciado por Manuel Gamio, Redfield llegó a México en 1926 con el propósito de trabajar sobre la vida *folk* en Tepoztlán.⁹ No es extraño que Redfield se interesara por la antropología médica; los postulados de Rivers al respecto eran propicios para estimular la curiosidad de un investigador interesado en el cambio y en la dimensión dinámica de la cultura.¹⁰

La primera de las aportaciones de Redfield a la antropología médica mexicana fue un artículo publicado en 1928: *Remedial plants of Tepoztlán: A Mexican folk herbal*. En este trabajo planteó, contradiciendo a Rivers, que la medicina y la magia eran campos de conocimiento que se traslapaban y que de ninguna manera podrían entenderse como universos separados.

Redfield trabajó también en comunidades mayas de Yucatán como parte del proyecto encabezado por Silvanus Morley.¹¹ Colaborar en este proyecto fue de gran importancia para Redfield pues constituyó el inicio de otras investigaciones fundamentales. Una de

9 Redfield deja claro el concepto de grupo *folk* cuando lo distingue de las "sociedades primitivas", a propósito de su trabajo en el estado de Morelos: "Tepoztlán no es hoy una sociedad primitiva; es un grupo *folk*: un enclave sin escritura que sobrevive dentro de un nuevo marco cultural impuesto desde afuera por una cultura conquistadora" (Redfield, 1930:96-97).

10 "En el sistema (...) construido por Rivers la concepción del mundo [de] los pueblos primitivos es casi inalterable; pero en lo que concierne a las causas de enfermedad y a su tratamiento el cambio tiene lugar [mediante la] difusión por el contacto histórico con otros pueblos y [de la] degeneración por el empobrecimiento cultural que acarrea el aislamiento prolongado" (Aguirre Beltrán, 1994a:24).

11 Como parte de esta investigación se realizó una serie de estudios de tipo biomédico cuyos resultados están contenidos en el informe *Shattuck*. Eduardo Menéndez (1985) considera que dichos estudios marcan el inicio académico de lo que hoy es la antropología médica en América Latina.

ellas fue la que tuvo como resultado la publicación de su obra *The Folk Culture of Yucatán* (Redfield, 1941). Para elaborar dicho estudio –cuyo objetivo central era entender el cambio de lo *folk* a lo urbano– contó con la ayuda de un grupo de colaboradores que se ubicaron estratégicamente en diferentes comunidades.¹² Assael Hansen se encargó de la investigación en la ciudad de Mérida, Redfield y su esposa Margaret Park trabajaron en el pueblo mestizo Dzitas y Alfonso Villa Rojas se encargó del ejido maya Chan Kom.

Debido a la certeza de que el proceso de cambio de lo *folk* a lo urbano –objeto de gran interés para Redfield y Park– se manifestaba en diferentes aspectos socioculturales, su investigación en Dzitas no se limitó a las temáticas que versaban sobre la salud y la enfermedad. Sin embargo, con la publicación de su libro *Disease and its treatment in Dzitas, Yucatán*, Redfield y Park (1940) llegaron a conclusiones importantes en el ámbito de la antropología médica. En su investigación documentaron la dinámica en la cual se relacionaban los discursos de la medicina indígena y de la “occidental”, analizando la forma en que terapeutas y pacientes acudían a una u otra medicina o bien, a un sistema de transición. Algunas de las conclusiones a las que llegaron son de gran interés para los fines de este trabajo ya que se trata de aportaciones directas a los estudios de temáticas relacionadas con la coexistencia de diferentes sistemas médicos y el uso de sus recursos por parte de los miembros de una misma comunidad.

Redfield y sus colaboradores creían firmemente que el antropólogo no debía alterar el curso de las sociedades en las que trabajaba.¹³ No obstante, algunas de sus conclusiones sobre el cambio fueron retomadas por Moisés Sáenz (1936) para diseñar y realizar “experimentos” como el de la Cañada de los Once Pueblos. Sáenz estaba comprometido con el proyecto político nacional posrevolucionario, mismo que tenía como objetivo primordial homogeneizar la población mediante la incorporación de las comunidades indígenas al desarrollo del país. Basado en la “tesis del aislamiento” formó un grupo interdisciplinario compuesto por médicos, educadores, antropólogos, economistas y trabajadores sociales.

Con la convicción de que la lejanía y el aislamiento eran el motivo principal por el cual dichas sociedades ajenas no habían sido integradas al proyecto socioeconómico y cultural del país, el grupo dirigido por Sáenz fundó en 1932 en el territorio purépecha de la Cañada de los Once Pueblos, lo que se conoció como *Estación experimental de incorporación del indio*. Se buscaba estudiar el proceso de “mexicanización” en el espacio y en el momento en que éste se daba. Para realizar el estudio resultaba necesario inducir dicho proceso y, por lo menos en lo que al personal médico correspondía, no se alcanzaron los objetivos propuestos.¹⁴

¹² “Redfield y sus colaboradores están interesados en el proceso de cambio y, muy especialmente, en el que se origina en la ciudad y llega hasta la comunidad *folk* para transformar su concepto del mundo (...) [Utilizan] la perspectiva sincrónica que estudia la vida social en un corte o en un momento dado de su devenir. El cambio (...) se descubre y mide mediante el arbitrio de investigar al mismo tiempo varias comunidades discretas (...) en la misma área cultural” (Aguirre Beltrán, 1994a:33-34).

¹³ “La aplicación del conocimiento adquirido y el significado de las implicaciones del proceso de cambio en medicina son preocupaciones mayores en Redfield y sus colaboradores; sin embargo, consideran que el antropólogo no debe salvar las fronteras que limitan la disciplina como ciencia. Su desempeño se reduce a sacar a luz los hechos y las consecuencias que de ellos derivan sin involucrarse él mismo en medidas que tiendan a reforzarlos, transformarlos o extinguirlos”. (Aguirre, Beltrán 1994a:37).

En el mismo año en que fue puesto en marcha el proyecto de Sáenz, la Universidad de California publicó la monografía *Conceptos primitivos de enfermedad* en la cual Forrest Clements presentó una clasificación de la forma en que trescientas comunidades indígenas construyen la etiología de la enfermedad. Muy al estilo difusionista, Clements utilizó la literatura etnográfica disponible para determinar que la enfermedad generalmente es atribuida a cinco causas distintas: 1) hechicería, 2) quebrantamiento de un tabú, 3) intrusión de un objeto-maleficio, 4) intrusión de un espíritu y 5) pérdida del alma. El trabajo de Clements, del mismo modo que el método difusionista en su conjunto, fue objeto de duras críticas:

El enfoque atomístico [de la obra de Forrest Clements] concibe la sistematización de las creencias y usos médicos como un simple estudio de rasgos y complejos culturales aislados. (...) Edward Welling (...) hace notar las incongruencias lógicas de los postulados de Clements; la confusión conceptual que introduce al categorizar como causas a las que sí lo son –hechicería, ruptura de un tabú- y a las que no son sino mecanismos –intrusión de un objeto-maleficio, intrusión de un espíritu, pérdida del alma-, así como al inferir secuencias temporales y rutas de propagación a partir de una masa disímil de hechos descriptivos (Aguirre Beltrán, 1994a:24-25).

Tiempo después de haber colaborado con Redfield, Villa Rojas (1947) estudió las prácticas médicas de X'Caal concluyendo que dentro del corpus terapéutico del lugar coexistían ideas y prácticas médicas precolombinas con creencias y usos médicos coloniales introducidos por los misioneros y otros agentes de la cultura "occidental". En otra investigación (Villa Rojas, 1978), esta vez en las comunidades de Tusik y Yochib, Quintana Roo, planteó que la medicina actúa como sistema de ideas y prácticas destinadas a curar males, pero también a satisfacer los requerimientos del control social indispensable para mantener la cohesión del grupo. El control social ejercido por los sistemas etiológico-terapéuticos interesaba especialmente a este autor y antes de trabajar en Quintana Roo abordó el tema en un artículo sobre nagualismo en Chiapas (Villa Rojas, 1963).

Hasta la primera parte del decenio de 1930, la mayoría de las investigaciones en antropología médica no se planteaban más objetivos que el de describir y clasificar mejor los sistemas terapéuticos en comunidades catalogadas como "no occidentales". Sin embargo, los intentos por entender la terapéutica propia de dichas sociedades y el descubrimiento de conflictos entre los diferentes sistemas médicos, desembocaron posteriormente en una

14 "El proyecto experimental no tiene larga vida; el médico y sus auxiliares no alcanzan a comprender el significado real de la resistencia a las innovaciones que proponen a los indios y se limitan a implementar programas de extensión y educación higiénica que no son bien recibidos por el vecindario" (Aguirre Beltrán, 1994a:39).

nueva posibilidad: la antropología médica podría servir para modificar costumbres y formas curativas que impedían un buen desarrollo de los programas médicos institucionales. Así, las investigaciones sobre el proceso de cambio sirvieron para conformar en México lo que hoy se conoce como antropología aplicada.¹⁵

Sin embargo, fue en el ámbito de la antropología cultural estadounidense, específicamente dentro del particularismo histórico boasiano, que se configuró como una herramienta útil la antropología médica. Aguirre Beltrán la definió como una disciplina al servicio de la medicina institucional que, en principio, surgió para ser aplicada con fines pragmáticamente establecidos:

[La antropología médica] es una materia preocupada por aplicar algunos conceptos y prácticas a la interpretación y al proceso de cambio de las ideas, patrones de acción y valores que norman el ejercicio de la medicina, interesándose en [la comprensión de] los aspectos sociales y culturales de la salud y de la enfermedad (Aguirre Beltrán, 1992b:40).

Basada en la concepción de Aguirre Beltrán, la antropología médica mexicana empezó a proyectarse como una buena herramienta para la inserción de la medicina "científica" en comunidades indígenas y campesinas. Esta postura comprometida con una disciplina práctica, sobre todo útil, tuvo gran auge a partir de la década de 1940 y actualmente sigue siendo una perspectiva importante en las investigaciones. George Foster es uno de los autores más leídos y citados por aquellos investigadores que consideran que la antropología debe servir para brindar atención biomédica a los pueblos indígenas de nuestro país.

Foster, alumno de Herskovits conocido por sus aportaciones a la antropología médica, llegó a México a fines de la década de 1930 para elaborar una monografía de los popolucas del estado de Veracruz. Años más tarde la división de antropología social del Smithsonian Institute, mediante un convenio con el Instituto Politécnico Nacional, encomendó a Foster adiestrar en campo a estudiantes de medicina. Estas dos experiencias resultaron definitivas para su incursión en la antropología aplicada al campo de la salud, ámbito en el cual hizo numerosas aportaciones (ver Foster 1952a; 1952b; 1953; 1958; 1964; 1974; 1976; 1982; 1985).

Foster, junto con Isabel Kelly, Richard Adams y Charles Erasmus –todos con especial interés en América Latina– realizó un proyecto que buscaba analizar los factores socioculturales involucrados en los programas de salud. Querían definir y explicar las barreras

¹⁵ Al respecto, Aguirre Beltrán explica que los estudios en torno al proceso de cambio parecían indicar entre otras cosas, que el aislamiento era un factor fundamental en la conservación de rasgos culturales propios en algunas comunidades: "El aislamiento parece ser el factor más consistente en la persistencia de la cultura y la medicina folk y todo hace suponer que la penetración cada vez más profunda e incisiva de la civilización industrial en la vida de las sociedades ingenuas está por integrarlas en la sociedad mayor hegemónica, junto con la mudanza de las ideas y prácticas médicas y de la condición moral que permanece en el trasfondo de esas creencias y patrones de acción" (Aguirre Beltrán, 1994a:37).

culturales que dificultaban la labor médica en comunidades beneficiadas por un programa del Institute of Interamerican Affairs. En los primeros informes del proyecto se presentaron algunas premisas de gran importancia para la antropología médica (Foster, 1952b), las cuales son explicadas con más detalle a continuación.

Foster y su equipo de colaboradores establecieron que la práctica médica es una actividad social. Si bien William Rivers ya había considerado la dimensión sociocultural de las distintas formas terapéuticas, resulta necesario decir que su formación como médico impuso límites a su propuesta. Así lo expresa Aguirre Beltrán, implacable crítico, que no pasó por alto estas limitaciones:

Rivers no advierte en la medicina nativa la operación de leyes naturales; reserva éstas, etnocéntricamente, para la medicina occidental de la cual es hierofante. Concede sin embargo, la ocurrencia de prácticas empíricas pero les niega carácter natural por los matices mágicos y religiosos en que se insertan (Aguirre Beltrán, 1994a:23).

La propuesta de Rivers (1924) indudablemente ayudó a encausar el interés por el estudio académico de los aspectos socioculturales de la salud y la enfermedad. Sin embargo, son notables las diferencias existentes entre las conclusiones a las que llegó dicho autor y las de la investigación a cargo de Foster (1952b). Quizá la más importante de ellas sea que Rivers consideraba la biomedicina como una práctica “científicamente” validada, completamente ajena a los motivos y explicaciones de las terapéuticas “tradicionales” y por tanto, como una ciencia que no es necesario analizar ni comprender desde la antropología. En cambio, para Foster tanto la medicina “científica” como las llamadas terapéuticas “tradicionales”, son objeto de estudio legítimo de esta disciplina. Lamentablemente la antropología médica en México no estudió ampliamente el sistema médico “científico” sino hasta años más tarde lo que, como se explica más adelante, tuvo graves consecuencias para el desarrollo de la disciplina.

Otras dos consideraciones de Foster –contenidas en el informe para el Institute of Interamerican Affairs– constituyen hoy día el eje de muchas investigaciones dedicadas al estudio de la coexistencia de diferentes sistemas médicos y de la relación médico-paciente (ver Menéndez, 1992a; Modena, 1990; 1992; Campos Navarro, 1996; 1997b; 1999; 2000). En el informe se afirma que cuando una comunidad cuenta con terapeutas pertenecientes a sistemas médicos distintos se suscita conflicto y que el médico “profesional” forma parte de una cultura por lo tanto su conducta, del mismo modo que la de sus pacientes, está determinada por ésta.

Con el mismo esquema conceptual del informe en el que colaboró con Foster, Isabel Kelly continuó dedicando gran parte de su vida a la antropología médica en nuestro país, sobre todo evaluando el funcionamiento de proyectos médicos implementados en diversas

regiones culturales (ver Kelly, 1954; 1956). Kelly consideraba fundamental la aplicación a fines prácticos de ciertos conocimientos de la antropología, razón por la cual pugnaba abiertamente por la inducción de cambios en las ideas y patrones de conducta propios de las comunidades en las que se introduce la medicina “científica”. A pesar de que no descartaba que el personal médico hiciera ciertas “concesiones a las creencias tradicionales de la localidad”, Kelly consideraba necesario el conocimiento sobre la cultura particular –por medio de la antropología– para “neutralizar” ciertos rasgos “desfavorables para la salud” (Kelly, 1959:15-16).

Si bien Kelly abogaba por la participación de la gente en los cambios introducidos en sus localidades, las razones que al respecto argumentaba esta autora son ciertamente particulares ya que para ella involucrar a la comunidad en el proyecto a realizarse permitía que el mismo se considerara como algo propio, aunque en realidad no lo fuera:

[La participación de la comunidad permite que el proyecto seleccionado] parezca brotar como idea de la comunidad y no del personal técnico [ya que] sin duda el personal sanitario notaría algunas necesidades que no aprecian los de la comunidad (Kelly, 1959:25-26).

Como Foster, Kelly formó un grupo de colaboradores entre los que destaca Héctor García Manzanedo por sus aportaciones en cuanto a la causalidad sociocultural de algunos problemas de salud, primero en un estudio realizado en la zona tarahumara (1963) y más tarde en un trabajo presentado dentro del tema *Sistemas para aumentar la cobertura de servicios de salud en las áreas rurales*, durante la XVII Reunión del consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (1968). En éste último García Manzanedo presentó una clasificación de lo que denominó problemas de salud desde el punto de vista sociocultural, considerando cuatro variantes: 1) aquellos relacionados con el medio ambiente en términos culturales, 2) los que tienen que ver con los conceptos “tradicionales” sobre salud y enfermedad, 3) los resultantes de la interpretación mágica de la enfermedad y, 4) los causados por la forma en que es percibida la distancia social (García Manzanedo, 1968:5).¹⁶

Aguirre Beltrán mantuvo estrecho contacto con estos autores, especialmente con Foster de quien se convirtió en el principal promotor de sus ideas en nuestro país, siempre dentro del marco del indigenismo que buscaba introducir la práctica biomédica en las comunidades indígenas.¹⁷ En México la antropología médica aplicada fue bien recibida; la

¹⁶ Años más tarde, García Manzanedo (1989) publicó un *Manual de investigación aplicada en servicios sociales y de salud* con el objetivo de brindar al personal médico una guía que les permitiera la realización de estudios prácticos relacionados con los servicios de salud. Este trabajo es indudablemente una aportación importante ya que considera aspectos socioculturales en la planeación y realización de proyectos médicos.

¹⁷ Aguirre Beltrán (1990; 1994b) analiza ampliamente la forma en la cual puede cumplirse dicho objetivo.

política indigenista veía en ella la posibilidad de llevar a buen fin dos objetivos principales: 1) la inserción de la medicina institucional en aquellos lugares donde aún no existían clínicas de salud pública y, 2) su aceptación en aquellos otros donde el personal médico institucional no había tenido éxito debido a la resistencia de la población.

Se organizaron diversos foros en los cuales el tema de la salud pública fue ocupando un lugar central. Esto sin lugar a dudas, abonó el terreno para que la antropología médica aplicada constituyera un proyecto relevante para la política nacional. El indigenismo en materia de salud tenía como meta aplicar eficientemente los programas médicos del Estado y, para cumplir con dicho objetivo los antropólogos consideraron de gran importancia tomar en cuenta las creencias y costumbres locales.

Algunos antropólogos médicos -conocidos exponentes del movimiento indigenista- desempeñaron una función trascendental en la participación de la antropología médica para la elaboración de resoluciones gubernamentales referentes a la política sanitaria y la salud pública. Destacan entre ellos Miguel Othón de Mendizábal, Ignacio Millán y Gonzalo Aguirre Beltrán. En 1938 Othón de Mendizábal participó en el Segundo Congreso de Medicina Rural efectuado en San Luis Potosí. Durante su intervención evaluó la salud pública en México concluyendo que gran parte del problema se debía a la falta de médicos, a su mala distribución, a la carencia de recursos de la población y a la deficiencia de los servicios médicos gratuitos. (Mendizábal, 1947a).

Como se señaló antes, para Aguirre Beltrán la antropología médica mexicana era una herramienta construida para el indigenismo imperante en aquella época.¹⁸ Por ello no sorprende que ubique el nacimiento de la disciplina en México justamente a partir de las discusiones y resoluciones del Congreso celebrado en San Luis Potosí. Si bien, antes de 1938 se habían realizado estudios reconocidos como pertenecientes al ámbito de la antropología médica, Aguirre Beltrán los consideró, en el mejor de los casos, como antecedentes importantes para el surgimiento de la disciplina en nuestro país:

A decir verdad, la antropología médica en México nace en 1938 (...) Antes de esa fecha Gamio y Sáenz hacen esfuerzos por comprender las implicaciones sociales derivadas del estado de salud de la población india, pero el acendrado positivismo que norma sus representaciones les impide percibir la realidad discreta de la situación étnica (Aguirre Beltrán, 1994a: 7).

Dos años más tarde, el 14 de abril de 1940, se realizó en Pátzcuaro Michoacán el Primer Congreso Indigenista Interamericano. En este foro se recomendó la colaboración más

¹⁸ Es necesario aclarar que, si bien consideramos a Gonzalo Aguirre Beltrán como simpatizante del movimiento antropológico indigenista, ya no se trata de un indigenismo extremo y recalcitrante como el promovido por Moisés Sáenz. Aguirre Beltrán considera, en principio, que es necesaria la introducción de la medicina "científica" en las comunidades indígenas y campesinas marginadas, pero aboga por el respeto a su cultura.

estrecha entre las ciencias sociales y las biológicas. Othón de Mendizábal consideraba las terapéuticas indígenas ineficaces para satisfacer las necesidades de salud y fomentar un "sano desarrollo" de los pueblos indios del país. Por ello, propuso al igual que sus antecesores innovar la medicina "científica" pero con una diferencia sustantiva: enviar a las distintas regiones médicos previamente adiestrados y familiarizados con las culturas indígenas y campesinas del país (Mendizábal, 1947b).¹⁹

La participación de Millán y de Othón de Mendizábal en el congreso de Michoacán fue de suma importancia, ya que sus aportes y sugerencias se retomaron en la resolución XIX, aprobada más tarde. En dicha resolución se consideró necesario que el personal médico destacado en las regiones indígenas recibiera cursos de carácter antropológico, histórico y social. La finalidad era capacitarlos para que pudieran hacer una estimación correcta de la población indígena y por ende desarrollar su trabajo con un criterio más amplio. Para cumplir con este objetivo se planteó la necesidad de crear escuelas de medicina rural en las cuales se formarían médicos nacidos en las comunidades a las que se suponía volverían para asistir a la población.

En respuesta a las resoluciones del Primer Congreso Indigenista Interamericano, el entonces presidente de la república Lázaro Cárdenas, ordenó la fundación de la Escuela Superior de Medicina Rural del Instituto Politécnico Nacional (IPN). El objetivo era contar con una institución dedicada a la formación de personal procedente de comunidades, a las cuales se pretendía que regresaran para ejercer. El gremio médico no aceptó gratamente la fundación de dicha escuela por considerar insuficiente el adiestramiento de tres años que recibiría este tipo de personal.

La Escuela Superior de Medicina Rural acabó por convertirse en productora de profesionistas sin especificidad social debido al descontento de los médicos, así como por algunos otros aspectos de carácter sociocultural y económico que dificultaron la consecución de sus principales objetivos. Sin embargo los esfuerzos del proyecto indigenista en materia de salud no acabaron con el abrupto cambio de curso de la escuela establecida en el IPN y un logro mayor se obtuvo el 21 de marzo de 1951:

El Instituto Nacional Indigenista establece en los Altos de Chiapas un proyecto piloto de desarrollo integral de una región intercultural de refugio con la denominación de Centro Coordinador Indigenista de la Región tzotzil-tzeltal, estructurado para implementar programas de educación, salud, agricultura, comunicación, economía y otros más que se apoyan mutuamente, y se orientan bajo la dirección de un antropólogo en el rol de administrador (...) La antropología médica, hasta entonces

¹⁹ El médico concebido por Othón de Mendizábal "lleva en sus alforjas la preocupación por entender la cultura india y los presupuestos en que se basan sus creencias y prácticas médicas" (Aguirre Beltrán, 1994a:7).

cobijada en las aulas, sale al campo a legitimarse en la práctica. Médicos, antropólogos y otros profesionales se disponen a innovar la medicina científica en el ámbito incierto señoreado por la lengua y cultura maya (Aguirre Beltrán, 1994a:8).

Años más tarde, se incluyeron materias propias de la antropología en la formación académica de los futuros médicos. Ejemplo de ello es la cátedra de antropología social que en 1954 se instituyó en la Escuela de Salubridad del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, institución encargada de formar maestros en salud pública. Los contenidos de dicha cátedra se presentaron en 1955 como ponencia ante la Organización Mundial de la Salud.

La idea de formar personal médico técnico procedente de las comunidades indígenas continuó dando frutos y en la actualidad sigue siendo una de las opciones que tiene el Estado para brindar servicios médicos a dichas localidades. Así, como un intento más por extender la cobertura médica a las comunidades indígenas y campesinas del territorio mexicano, nació el proyecto iniciado por el doctor Gustavo Baz, médico cirujano que se propuso formar *promotores médicos* bajo el mismo esquema conceptual de la Escuela de Medicina Rural. Gran parte del fracaso de esta escuela había sido atribuido a su lejanía de las comunidades de donde procedían los alumnos y a las cuales serían dirigidos sus servicios. Por ello el doctor Baz consideraba importante la apertura de escuelas fuera de la ciudad de México, aunque paradójicamente los logros de su proyecto culminaron con la creación de la Escuela del Hospital de Jesús ubicada precisamente en esta ciudad y que todavía capacita como *cuadros medios en medicina* a jóvenes provenientes de comunidades rurales lejanas.

Colaborador de Baz y fiel continuador de sus proyectos ha sido Manuel Moreno Islas quien actualmente dirige el Hospital de Jesús y mantiene funcionando la escuela de capacitación, resultado de sus más firmes convicciones:

Con el paso del tiempo algunas ideas se reafirman, otras deben modificarse y con ello trazarse nuevas metas y objetivos. Sigo idealizando la medicina social, pero los fracasos me obligan a pensar que nos faltan médicos con mística de médicos y que para el servicio de las áreas rurales antes que profesionistas se requieren técnicos con programas educacionales que les permitan superar su capacidad en forma permanente; que soporten y resuelvan los problemas de los campesinos, generalmente mal comunicados y dispersos, sin servicios y con mucha pobreza. Es decir, se requieren personas que se identifiquen con los problemas del campo, porque ahí nacieron y a él regresan (Moreno Islas, 1996:146).

La formación de promotores médicos procedentes de comunidades indígenas y campesinas no ha logrado cumplir su meta primordial: que una vez formados, los alumnos regresen a las localidades de las que son originarios logrando así extender la cobertura del llamado primer nivel de atención médica. Los problemas que históricamente han enfrentado éste y otros proyectos similares son muchos, estando fuertemente relacionados con aspectos socioculturales y económicos. Probablemente uno de los obstáculos más difíciles de sortear para estos proyectos es que la formación de los futuros promotores los capacita para ocupar puestos técnicos y de enfermería en hospitales ciudadanos con un mejor sueldo. Al respecto, cabe señalar que son muchos los hospitales que necesitan personal de este tipo y que contratan a los promotores, contribuyendo así a que éstos no regresen a sus comunidades de origen.

Otro problema estrechamente relacionado con lo anterior es que las instancias gubernamentales encargadas de la salud no incorporan de manera efectiva a los promotores como parte de su personal. Cuando éstos son devueltos a las localidades, no asumen un puesto ni reciben un salario a menos que en su comunidad exista alguna clínica donde el médico turnado requiera un asistente. En este caso particular no se cumplen tampoco las expectativas de estos proyectos debido a que continúan necesitándose médicos “profesionales” que no manejan los códigos culturales de la localidad y que, generalmente permanecen en las comunidades sólo el tiempo requerido para cumplir con su servicio social.²⁰

Es claro que la antropología tiene mucho que aportar analizando la problemática de un fenómeno tan complejo como el expuesto anteriormente, donde parte de la explicación parece radicar en el surgimiento de conflictos relacionados con el cambio de estatus adquirido por el promotor frente a su comunidad una vez que ha sido formado. Este cambio no suele estar previsto dentro del esquema cultural de la localidad y la nula participación de la comunidad en el proceso de su formación le quita legitimidad.²¹

Aparentemente, la política nacional ha cambiado y con ella la tendencia indigenista en la cual inició y se desarrolló la antropología médica mexicana. Sin embargo, como se explica en el siguiente capítulo, actualmente los proyectos gubernamentales implementados en comunidades indígenas del país no se han alejado de las ideas integracionistas que inspiró el proyecto de nación posrevolucionario. No así la antropología médica, que ante los infructuosos intentos por modificar las políticas de salud, se distancia cada vez más de las instituciones encargadas de implementarlas.

20 Cabe decir que para muchos de estos médicos hacer su servicio social en comunidades indígenas es un castigo, ya que son enviados a ellas debido a sus bajos promedios académicos.

21 Aguirre Beltrán advertía sobre estos inconvenientes “La formación de promotores especializados en medicina y salubridad implica un equilibrio en el adiestramiento que no es fácil de lograr ni de mantener (...) el peligro de que un promotor se desarraigue de su nativo hábitat y se divorcie de su cultura debe tenerse siempre presente (...) la inducción revolucionaria de elementos nuevos a que tiende el promotor altamente aculturado, puede hacerle perder su estatus adscrito y su posición de líder en el grupo de origen” (Aguirre Beltrán, 1994b: 196-197).

Capítulo 2. Antropología indigenista e indigenismo político

La salud —ciertamente uno de los valores más apreciados por las llamadas sociedades “occidentales”— forma parte de los indicadores utilizados en la medición del “bienestar” económico y social de un país. Razón por la cual se ha recurrido con frecuencia a la antropología médica con la finalidad de fundamentar las políticas que en este sentido promueve el Estado mexicano. Es así que la antropología médica nacional (específicamente su vertiente aplicada) nació en el seno del proyecto indigenista posrevolucionario, condicionando el destino de la disciplina desde sus orígenes.

Sin embargo, los antropólogos han cambiado su postura frente a los proyectos gubernamentales dirigidos a comunidades indígenas del país y, la antropología contemporánea en su conjunto se encuentra ante la posibilidad de desempeñar funciones de gran relevancia en el marco de la actual relación Estado-comunidades indígenas. Con la intención de contribuir a las discusiones que al respecto se dan al interior de la disciplina, en este capítulo se analiza la relación que actualmente guardan entre sí la antropología médica aplicada y el indigenismo político.

Las distintas formas en que una nación concibe la pluriculturalidad y la manera en que intenta resolver las problemáticas que esta diversidad le impone a lo largo de su historia, conforman lo que se conoce como *indigenismo político*.²² El historiador Manuel M. Marzal lo ha definido de la siguiente forma:

El indigenismo político en general puede definirse como el proyecto de los vencedores surgido para integrar a los vencidos dentro de la sociedad que nace después de la conquista. Como esa sociedad ha ido evolucionando por una serie de factores internos y externos [a partir de la llegada de los españoles] puede hablarse de tres grandes proyectos que han organizado los gobiernos y cuyas metas pueden resumirse así: las sociedades y culturas indígenas deben “conservarse como tales” bajo el control (defensa-explotación) de la sociedad dominante (indigenismo colonial), deben “asimilarse” a la sociedad nacional para formar una sola nación mestiza (indigenismo republicano), o deben “integrarse” a la sociedad nacional, pero conservando ciertas peculiaridades propias (indigenismo moderno) (Marzal, 1993:19).

La composición pluriétnica y pluricultural de la población mexicana siempre ha sido un reto para el Estado. Andrés Medina (2001) explica que desde épocas lejanas los grupos hegemónicos han asumido diferentes posturas frente a “lo indio”. Primero, bajo el régimen

22 Consuelo Sánchez (1999) hace una revisión extensa de los diferentes tipos de indigenismo político y sus vertientes académicas en México.

colonial y los gobiernos liberales del siglo XIX cuando los indios eran considerados salvajes o, en el mejor de los casos, una especie de menores de edad. Más tarde, durante el proceso del Estado nacional posrevolucionario el tema de la cuestión indígena adquirió relevancia en México. La diversidad étnica y cultural se consideraba entonces el principal obstáculo para el desarrollo del país. De forma tal que, como explica Consuelo Sánchez (1999), para la consecución del proyecto de nación que se buscaba era necesario homogeneizar culturalmente la población.

Para la burguesía en ascenso, los pueblos indígenas obstaculizaban la realización de su proyecto modernizador (...) La heterogeneidad étnica [se consideraba] un obstáculo para la conformación plena de la nación (...) La construcción de una verdadera nación y una identidad nacional requerían de la homogeneización de la sociedad (Sánchez, 1999:29).

Después de la Revolución Mexicana, el exterminio de la diversidad –como certeramente lo denomina Medina– seguía siendo el objetivo principal. Pero, esta vez la “desindianización” del país se realizaría con métodos y argumentos más sutiles: el México unificado brotaría del mestizaje, de la fusión racial y la unificación cultural, lingüística y económica de la sociedad.²³

Durante el periodo cardenista la antropología se involucra de forma más estrecha con las acciones gubernamentales dirigidas a comunidades indígenas. Esto ciertamente le valió fuertes críticas a la disciplina pero, a pesar de las acusaciones de las que ha sido objeto, la participación de los antropólogos fue fundamental para reformular la política indigenista nacional.²⁴ Mientras que el evolucionismo era la teoría “científica” que sustentaba al proyecto de nación homogeneizador, la antropología indigenista de este periodo conjugó en sus propuestas postulados de la teoría estructural-funcionalista con los del culturalismo boasiano, contribuyendo así a cambiar de manera importante las concepciones acerca de la cultura de los pueblos indios.

El evolucionismo (...) respaldaba la posición del gobierno y las clases dominantes para eliminar racial y culturalmente a los pueblos indios bajo el argumento de “incorporarlos” a la civilización, lo que habría que matizarse con los planteamientos de Alfonso Caso y Gonzalo Aguirre Beltrán, fundadores de la

23 “Las formas de exterminio son más elegantes y ‘científicas’, pues a la propuesta de una nación ‘con una lengua y una cultura’ que proclama don Manuel Gamio, fundador de la moderna antropología mexicana, le acompaña la consigna, de José Vasconcelos, de fundar una ‘raza cósmica’ –producto de un mestizaje, que anula por lo tanto la diversidad étnica–” (Medina, 2001: 69).

24 La forma en que el INI concebía el cambio sociocultural en medicina, comparada con las propuestas que en el mismo sentido tenían otras instituciones, ejemplifica este cambio introducido por la antropología. (véase apéndice I).

política indigenista oficial desarrollada en el Instituto Nacional Indigenista, creado en 1948 (Medina, 2001:70).²⁵

Aunque la corriente indigenista de la antropología y lo que se conoce como indigenismo político estuvieron en un principio fuertemente relacionados, con el cambio de paradigma inicia el distanciamiento. Desde entonces, la antropología ha incluido en sus propuestas -como principio rector de las mismas y condición ineludible en la aplicación de proyectos dirigidos a comunidades indígenas- el derecho a la diversidad cultural y étnica. Desafortunadamente, en la implementación de acciones gubernamentales las propuestas han sido utilizadas parcialmente desvirtuando en muchas ocasiones el sentido de las mismas.

Si bien las políticas homogeneizadoras y su vertiente intelectual han sido el blanco de duras críticas, es necesario admitir que fincaron las bases para muchas de las investigaciones actuales, sobre todo para aquellas que se interesan por incidir en las políticas impuestas por el Estado. Es a partir del proyecto del indigenismo republicano que la antropología, producto hasta entonces del más puro ámbito académico, tuvo la oportunidad de constituirse como una herramienta útil para la gente con la que ha trabajado.

Como se ha mencionado, actualmente la antropología se ha distanciado de lo que se conoce como indigenismo político y sin embargo, la relación que la antropología sostuvo en sus inicios con éste ha tenido un alto costo para la disciplina. Así, se sigue acusando a la antropología aplicada de servir al Estado incondicionalmente, justificando y ocultando los atropellos sufridos por las comunidades indígenas del país. Es cierto que la antropología aplicada se sumó en un primer momento al proyecto nacional que pretendía homogeneizar la población. Sin embargo, la disciplina pronto abogó porque el respeto a la diversidad cultural imperara, derecho de los pueblos indígenas que la mayoría de los antropólogos latinoamericanos contemporáneos siguen defendiendo.

A pesar del surgimiento de movimientos indígenas armados -los cuales tienen su expresión más conocida en el levantamiento zapatista a fines de 1994- las políticas estatales no han cambiado de rumbo y siguen persiguiendo la "desindianización" del país. No se puede decir lo mismo de la antropología, ya que al interior de esta disciplina sí se han ido modificado posturas mediante la reformulación de objetivos y métodos. Es importante señalar que al interior de la disciplina esta evaluación de las funciones desempeñadas por la antropología en México frente a la diversidad étnica, no inició con las peticiones del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN). Sin embargo es innegable que este movimiento puso de manifiesto la urgente necesidad de una antropología comprometida con las causas indígenas.²⁶

25 Los resultados del proyecto para integrar la población indígena a la nación, a cargo del Instituto Nacional Indigenista, se pueden consultar en *Política indigenista en México* (Caso, 1991).

26 Si consideramos al antropólogo como una suerte de traductor cultural, su labor es fundamental en el diálogo que afortunadamente Estado y etnias entablan cada vez con mayor frecuencia.

En los últimos años, algunos antropólogos coinciden en que la autogestión y la autonomía son fundamentales para obtener el respeto a los derechos de las comunidades indígenas de nuestro país.²⁷ Garantizar la diversidad étnico-cultural de los indígenas mexicanos por medio de la autonomía y la autogestión, es objetivo primordial de la propuesta que, con ayuda de la antropología, se viene gestando desde la década de 1970. El llamado *etnodesarrollo*, surgido para el decenio de 1980, está inserto en esta perspectiva y lamentablemente es buen ejemplo de la forma en que el Estado sigue desvirtuando el sentido de propuestas nacidas en el ámbito antropológico para justificar proyectos gubernamentales en comunidades indígenas y campesinas del país, mediante los cuales se garantice la cómoda explotación de sus recursos.²⁸

En un documento interno de distribución restringida, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1995), asegura que el *etnodesarrollo* surge como respuesta a la creciente percepción entre indígenas y antropólogos, del carácter esencialmente paternalista del indigenismo académico y protector. Sin embargo, el *etnodesarrollo* es en realidad una propuesta indigenista, ya que en su acepción más neutral el indigenismo se refiere a las posturas que gobiernos y académicos asumen frente a la diversidad étnica.

La tesis central del *etnodesarrollo* es que los pueblos indígenas, no sólo son capaces de orientar y gestionar su propio desarrollo, sino que la identidad étnica y la cultura propia encierran soluciones insustituibles a sus propios problemas. Desde esta perspectiva, la principal razón por la que las comunidades indígenas están en desventaja es su relación de dependencia colonial con el Estado. Postulado que las instancias gubernamentales hábilmente han pasado por alto cuando de justificar proyectos se trata. Así lo denunció en su momento Guillermo Bonfil Batalla:

Se ha generalizado el uso del concepto de *etnodesarrollo*, promovido por la UNESCO, que apuntaría hacia sistemas de desarrollo que parten de la cultura propia de las comunidades indígenas, definen sus metas a partir de ellas y hacen uso prioritario de recursos culturales de cada pueblo. Sin embargo estas nuevas orientaciones no se han plasmado en una transformación real de la acción indigenista salvo contadas experiencias, generalmente realizadas fuera de los organismos oficiales especializados (Bonfil Batalla, 1991:39).²⁹

27 Héctor Díaz Polanco aborda de forma más extensa el concepto de autonomía (ver Díaz Polanco, 1997).

28 La CEPAL define *etnodesarrollo* como "un conjunto de conceptos compatibles y complementarios entre sí, que fueron desarrollados en el mismo debate de la década de los setenta [1970] bajo los rúbricos de *indianismo*, *nuevo indigenismo*, *antropología social de apoyo*, etcétera" (CEPAL, 1995:1).

29 La CEPAL identifica como promotores del *etnodesarrollo* a Guillermo Bonfil Batalla y a Rodolfo Stavenhagen, entre otros. Efectivamente ambos autores han promovido la autonomía y la autogestión de los pueblos indígenas, sin embargo han considerado que no existe una aplicación real de los fundamentos del *etnodesarrollo*.

La perspectiva homogeneizadora de la corriente que se ha conocido como antropología indigenista ha perdido fuerza. Sin embargo, la política desarrollista e integracionista que entonces la sustentaba no ha sufrido grandes cambios y el indigenismo político, aunque transformado a través de los sexenios presidenciales, sigue vigente. Las políticas gubernamentales diseñadas para resolver el conflicto que la diversidad étnico-cultural representa para México como nación, no han cumplido con sus objetivos y actualmente en el país se viven claramente las consecuencias.

Como los anteriores, el gobierno de Vicente Fox cuenta con una propuesta para la relación con las comunidades indígenas del país pero, desafortunadamente ésta no se aleja en lo más mínimo del proyecto integracionista. Prueba de ello es el mensaje que el presidente ha enviado con el nombramiento, a la cabeza de la Oficina para Asuntos Indígenas, de Xóchitl Gálvez.³⁰ Melba Pría, quien fuera directora del INI, resume su apreciación sobre la política para pueblos indígenas a lo largo de los últimos sexenios:

Para los que creían hace apenas unos años que el indigenismo [político] se encontraba en una etapa final, o de crisis de defunción, o de transición hacia sus funerales, o que de plano hablaban del cadáver del indigenismo. Ahora podemos ver con toda claridad la tozudez estructural del indigenismo y, cual ave fénix, sus continuos renacimientos (Pría, 2001:13).

El indigenismo político renace o se mantiene en los proyectos y acciones gubernamentales. Sin embargo, los antropólogos que antes vieron en él la posibilidad de ayudar a que la relación Estado-comunidades indígenas del continente americano fuera más simétrica, se distancian de él. Así lo dejan ver la renuncia de José del Val a la dirección del Instituto Indigenista Interamericano (III) y el llamado a una urgente transformación del Congreso Indigenista en el Foro Permanente de Pueblos indígenas de la Organización de Estados Americanos (OEA):

El funcionario, en su renuncia enviada a los representantes de los gobiernos de los países miembros, señaló que durante años “luché por construir alternativas que permitieran a la venerable institución su adecuación y reforma para hacerla más capaz de responder a las nuevas condiciones exigidas por los profundos cambios en la relación entre los pueblos indios y los estados nacionales, sin haber podido alcanzar los objetivos deseables.” [Había manifestado que era necesario] transformar el instituto

³⁰ Indígena otomí que, habiendo nacido en el Valle del Mezquital, es hablante de inglés y diseñadora de “edificios inteligentes”. Se trata de una mujer indígena que poco tiene que ver con la realidad de la comunidad de la que proviene. Desde una perspectiva antropológica, una dependencia como la creada por Fox debería ser dirigida por un colectivo indígena con suficiente legitimidad para los pueblos que serían apoyados.

para garantizar la plena participación de representantes de los pueblos indígenas en el consejo directivo y en sus órganos de dirección (Enciso, 2001).

Es importante entender que el distanciamiento entre la antropología aplicada y el indigenismo político no significa que se considere innecesaria la asesoría de especialistas en los proyectos sociales de Estado. Tampoco se piensa en la desaparición de instituciones que son producto de enormes esfuerzos, sino en la reformulación de sus objetivos y sobre todo, en una verdadera participación de la gente a la que son dirigidos dichos proyectos.³¹

Algunos organismos internacionales se han interesado por las problemáticas que enfrentan los países con población étnica y culturalmente diversa. El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Declaración de Alma Ata son ejemplo de ello.³² A pesar de que estos documentos siguen teniendo como objetivo primordial la integración de las comunidades indígenas a un mismo proyecto de nación global, contienen propuestas que difieren sustancialmente del llamado indigenismo republicano: prevén el respeto a las formas culturales locales y promueven la participación activa y en todos los niveles de las comunidades involucradas.

En el caso de la Declaración de Alma Ata, el gobierno de México se comprometió sólo moralmente con lo estipulado y evidentemente no ha cumplido. Sin embargo, el Convenio 169 de la OIT tiene carácter legal y por tanto, al ser aprobado por el senado y ratificado en 1991, el gobierno de México ha creado obligaciones cuyo incumplimiento atenta contra algunas leyes del Derecho Internacional. Incluso las reformas constitucionales en materia indígena, aprobadas recientemente, desconocen derechos garantizados por el Convenio.³³

El Convenio de la OIT contiene una parte que versa sobre seguridad social y salud que, aunque insuficiente, considera indispensable el respeto a las terapéuticas propias en la planeación e implementación de los proyectos institucionales.³⁴ Desafortunadamente las instituciones gubernamentales encargadas de la salud siguen estando regidas por políticas integracionistas, razón por la cual actualmente el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural permite la existencia de sistemas médicos distintos al institucional, pero siempre subordinados a este último. Los sistemas médicos no oficiales han ido poco a poco ganando el reconocimiento y el espacio que el derecho a la diversidad les otorga. Sin embargo, todavía se les considera dentro de un esquema en el cual la biomedicina ejerce el papel que

31 José del Val destacó que cualquier propuesta sobre el destino institucional del III debía partir del consenso básico expresado por los países miembros, "que considera imprescindible la existencia de un organismo interamericano que guíe y ordene la reflexión, el diálogo, la investigación y el diseño de estrategias conjuntas en la relación entre Estados y pueblos indígenas del continente". Agregó que "desestima la opción de disolución sin más de la institución, la discusión se centra en las posibles alternativas para adecuar al organismo (...) a los nuevos escenarios políticos, y a las nuevas concepciones del Estado y la sociedad, lo que evidentemente obliga a revisar los objetivos y las metas que debería cumplir la institución" (Enciso, 2001).

32 Por su importancia ambos documentos se han incluidos como apéndices.

33 Para profundizar en esto resulta de gran utilidad el libro *Los mecanismos de control de la OIT en materia de derechos indígenas. Aplicación Internacional del Convenio número 169* (Olgún, 2000).

34 El Convenio 169 de la OIT es producto de lo que Marzal define como indigenismo moderno.

le brinda su condición hegemónica, por lo que constantemente se ven obligados a actuar en su defensa.³⁵

Definitivamente, los proyectos institucionales implementados en lugares con población indígena –entre ellos los relacionados con la salud– seguirán sin cumplir los objetivos que se proponen, si no se fundamentan en estudios sociales profundos de los aspectos culturales que se verán involucrados cuando sean puestos en práctica. En este sentido, el Convenio 169 de la OIT considera el análisis sociocultural como criterio fundamental para la toma de decisiones y, aunque dicho Convenio no cumple con la totalidad de nuestras expectativas, su aplicación sentaría las bases para lograr una distinta forma de vivir, entender y manejar la pluriculturalidad propia de la mayoría de los países de América Latina.³⁶

Los efectos de la globalización han puesto de manifiesto la necesidad de construir una nueva relación gobiernos-etnias en el país. En dicha relación la diversidad étnica y cultural deberá ser entendida, ya no como lastre para el desarrollo de la nación, sino como un derecho que necesita ser garantizado por el Estado. Las condiciones socioculturales y políticas de las comunidades indígenas en América Latina exigen una vez más la revisión de los métodos y objetivos de la antropología aplicada en su conjunto. La discusión que aquí se ha presentado pretende formar parte del debate autocrítico que, en torno a todo lo expuesto, se vive hoy día al interior de la disciplina.

³⁵ Ejemplo de ello es la reciente Declaración de Cherán, incluida como apéndice.

³⁶ El cumplimiento del Convenio 169 se ha convertido en una de las principales demandas de los pueblos indígenas mexicanos. Ejemplo de ello es la querrela presentada a la OIT, el 4 de septiembre de 2001, por la Asamblea Nacional Indígena por la Autonomía (ANIPA). (Rojas, 2002).

Capítulo 3. Tres formas de comprender la salud-enfermedad

Como se expuso anteriormente, la historia de la antropología médica en nuestro país evidentemente no ha estado desligada de los proyectos políticos y sociales de diferentes épocas. Sin embargo, sumarse a la postura integracionista del indigenismo republicano probablemente sea la relación que mayores consecuencias ha tenido para la antropología médica. Entre ellas el desarrollo de disciplinas afines, mismas que han desempeñado una función importante en la configuración de la antropología médica contemporánea. Es el caso de la sociología médica y la medicina social, con las cuales nuestra disciplina comparte en gran medida sus intereses. Por esta razón, en el presente capítulo se discute en torno a ellas con la finalidad de distinguirlas entre sí para poder definir claramente la perspectiva desde la cual la antropología aborda el estudio de los diversos sistemas médicos.

Eduardo Menéndez (1985) considera que dentro de la historia de la antropología médica en América Latina pueden distinguirse tres periodos: el primero de 1920 a 1930; el segundo comprendido entre 1940 y 1960; y finalmente un periodo que inicia con el decenio de 1970. Según este esquema, durante las décadas de 1940 y 1950 se desarrollaron las bases temáticas, metodológicas y teóricas de la antropología médica contemporánea a partir de estudios desarrollados generalmente por investigadores estadounidenses que trabajaron en comunidades indígenas de América Latina, siempre con una orientación aplicativa.³⁷

El primer periodo sólo presenta trabajos aislados, vinculados a proyectos biomédicos, con bajo desarrollo teórico. El segundo periodo es el más relevante, no sólo por la notable cantidad de trabajos, sino porque varias de las investigaciones más importantes estuvieron relacionadas con los organismos de salud locales y porque durante este periodo se constituyó un sistema explicativo de notoria influencia. El último lapso se caracteriza por un estancamiento de la producción y sobre todo por una reiteración de las temáticas y del sistema explicativo, que implicó además un total dominio de las posiciones empiricistas. Las limitaciones más significativas se verificaron en la impotencia de estos trabajos de dar no sólo soluciones, sino interpretaciones respecto de los nuevos problemas de salud/enfermedad que emergían en nuestros países (Menéndez, 1985:12-13).

37 Durante la época en que la política indigenista en México permeaba muchos de los aspectos sociales, las temáticas que dominaron el panorama de la antropología en cuanto a salud fueron la relación médico-paciente, las enfermedades de filiación étnica, las terapias nativas, algunos problemas de salud mental, el alcoholismo, la nutrición y el proceso embarazo-parto-
puerperio.

Según este autor, la perspectiva dominante en la antropología médica generada sobre América Latina está constituida por una serie de premisas que, aún vigentes, fueron planteadas a partir de 1940. Menéndez las resume de la siguiente forma: a) es real la racionalidad de los sistemas médicos nativos; b) es real la eficacia simbólica de las estrategias terapéuticas locales; c) es parcialmente correcta la articulación de los sistemas médicos con el sistema social global (de la comunidad); d) es real la existencia inicial de una separación pragmática e ideológica entre enfermedades “tradicionales” y enfermedades de los médicos (alópatas); e) es real el rechazo o mejor dicho la crítica a la atención médica “científica”; f) es correcta la propuesta de utilizar los recursos propios como alternativas en áreas donde no existe cobertura y aun donde existe y, g) es correcto pensar en la enfermedad y la cura como procesos que no pueden ser explicados en sí (biológicamente) sino que deben ser confrontados con el juego de relaciones sociales e ideológicas que las constituyen en lo que son.

En resumen la principal propuesta teórica de la antropología médica, entonces fundamentalmente aplicada, era que la biomedicina debía seguir siendo la medicina legitimada por el Estado debido a que es la única “científicamente” aceptada como verdadera y más eficaz. Sin embargo, esto no negaba que las prácticas médicas “tradicionales” tuvieran su propia racionalidad diagnóstica y terapéutica. En consecuencia, el objetivo que se perseguía era encontrar los mecanismos que posibilitaran la integración y aculturación de las prácticas biomédicas, sin alterar culturalmente dichas comunidades.

Como se ha señalado, evidentemente la antropología médica estando inserta en el contexto de la política indigenista en México, heredó de esta última por lo menos una de las más severas críticas de las que fue objeto: ser una disciplina al servicio del Estado y que de alguna forma legitimaba o, en el mejor de los casos, ocultaba los atropellos sufridos por las comunidades indígenas y campesinas. Como respuesta a dicha crítica, los sistemas médicos se convirtieron en objeto de estudio para disciplinas afines que se consideraban más objetivas por no encontrarse, aparentemente, afiliadas al proyecto de homogeneización cultural y social del país.

El estancamiento de la producción de trabajos antropológicos al que Menéndez se refiere, parece estar vinculado con el surgimiento de la sociología médica. Esta disciplina se fortaleció en México con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y las facultades de medicina hacia fines del decenio de 1960. La sociología médica cuestionó el marco estructural funcionalista de la antropología médica y consideró necesario promover el surgimiento y la utilización de sistemas teóricos alternativos. Críticas que Menéndez considera por demás injustas:

Será la Reunión de Cuenca (Ecuador) convocada por la OPS en 1972 la que exprese con claridad esta posición. En las discusiones dominaron dos ejes: a) la crítica al funcionalismo dominante y b) la necesidad de [utilizar] sistemas teóricos alternativos. (...) debe subrayarse que el funcionalismo dominante en las ciencias

sociales aplicadas a la salud en América Latina era justamente el producido por la antropología, que la mayoría de estos críticos no manejaban, tanto es así, que propuestas que podían ser recuperadas críticamente como las de Holmberg, pero también de O. Simmons o de O. Lewis fueron ignoradas por estos autores en su crítica a la ideología funcionalista encarnada para ellos en el parsonismo (Menéndez, 1985:15).

Desde la perspectiva de la sociología, la antropología médica –por encontrarse inmersa en la política indigenista y en consecuencia, al servicio del Estado- había descuidado el análisis del propio sistema de salud y de las prácticas médicas institucionales en relación con los conjuntos sociales. Por su parte la antropología criticó que los sociólogos realizaran estudios prescindiendo del trabajo de campo al que los antropólogos hasta la fecha entienden de gran importancia, considerando que producían investigaciones excesivamente teoristas. Ejemplo de ello es, una vez más, la postura asumida por Eduardo Menéndez respecto a las críticas que entonces se hicieron a la práctica antropológica en general y particularmente a la antropología médica:

Mientras la práctica antropológica, si bien de origen académico, se caracterizaba por un notable trabajo de campo y por su ligazón a organismos de salud más que a instituciones universitarias, la crítica sociológica partirá de autores latinoamericanos centrados en la universidad, con muy baja producción investigativa, con un marcado dominio del teorismo el cual cumplió una significativa función estratégica en la crítica al funcionalismo. La sociología médica cuestionará a esta producción (que volvemos a reiterar era básicamente antropológica) como ideología y como encubridora de los procesos de dominación que operaban también a través de los organismos de salud y por último como ineficaz para solucionar los problemas investigados” (Menéndez, 1985:15).

Bajo el esquema de la sociología médica se iniciaron investigaciones que abordaban la salud con relación a nuevas temáticas: la muerte, la clase, la salud laboral. La antropología médica en ese tiempo no incursionó en el estudio de dichas temáticas que, impuestas por la sociología médica eran tratadas bajo una perspectiva con marcado acento marxista.³⁸ Precisamente, teniendo como referente la tendencia marxista de la sociología de ese momento, Foster (1974) distinguió ambas disciplinas considerando que la sociología médica tenía como objeto de estudio las diferencias económicas y clasistas, así como los procesos

38 Ejemplo de estudios hechos desde una perspectiva marxista son *Enfermedad y clase obrera* (Tecla Jiménez, 1982) y *Las transnacionales de la salud* (Crevenna, 1983).

de profesionalización. Por otra parte, la antropología médica se dedicaba al estudio de la afiliación étnico-cultural de los sistemas de prácticas y creencias pero, sobre todo, de las premisas y valores respecto a la salud-enfermedad.

La sociología cuestionó severamente el sistema médico institucional argumentando que éste tenía muchas deficiencias: altos costos, privilegio del sistema curativo en lugar del preventivo, iatrogenia producto del consumo excesivo de medicamentos y cirugías generalizadas, entre otros aspectos. Sin embargo, a pesar de que Villa Rojas anteriormente había señalado el control social de los sistemas médicos, la principal aportación de la sociología fue enfatizar que el sistema médico institucional servía como una herramienta eficaz para controlar los otros sistemas curativos. La antropología médica también había hecho aportaciones importantes, entre ellas destacan considerar la familia como el primer nivel real de atención en la trayectoria del enfermo e insistir en los aspectos socioculturales de la relación médico-paciente, así como en la validación de técnicas terapéuticas “tradicionales”, específicamente la herbolaria.

Durante las décadas de 1970 y 1980, las políticas de instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM) pusieron énfasis en la salud pública de América Latina. Dichas instituciones apoyaron de manera importante a la sociología médica por encima de la antropología médica, en gran medida porque la producción antropológica en torno al tema perdió agilidad y además las acusaciones contra la política indigenista habían gestado en los antropólogos la necesidad de evaluar concienzudamente sus métodos y objetivos.

La OMS consideraba fundamental extender la cobertura médica institucional y sugería la existencia de personal auxiliar en la comunidad a cargo del primer nivel de atención y con participación comunal. Cabe recordar que los antropólogos médicos habían sugerido lo mismo a fines de 1930, así que para el decenio de 1970 este recurso incluso estaba siendo cuestionado al interior de la disciplina. Por otra parte, el Banco Mundial tuvo fuerte injerencia en la salud pública de América Latina para la década de 1980 al considerar necesario el incremento de la producción de alimentos básicos tradicionales,³⁹ la escolaridad primaria, la planificación familiar, la extensión de la cobertura médica y la llamada educación para la salud.⁴⁰

La medicina social tuvo un origen distinto al de las otras disciplinas, ya que surgió en el seno de la medicina misma y como producto de la preocupación de médicos interesados en los aspectos socioculturales de su labor. Según McKeown y Lowe (1989), la medicina social ha sido entendida a partir de dos definiciones distintas:

En el uso contemporáneo, medicina social tiene dos significados, uno amplio y defectuosamente definido, otro más restringido y

39 Tema de la antropología alimentaria, disciplina estrechamente relacionada con la antropología médica.

40 La educación para la salud constituye hoy día el eje de muchos proyectos surgidos en el seno de la medicina social.

preciso. En el sentido amplio, medicina social es una expresión de la tradición humanitaria en medicina, y la gente frecuentemente ve en ella cualquier interpretación compatible con sus propias aspiraciones e intereses. Así, puede ser identificada con la atención humana a los pacientes, la prevención de las enfermedades, la administración de servicios médicos; a decir verdad, con casi cualquier materia del amplio campo de la salud y el bienestar. Pero en el sentido más restringido (...) la medicina social comprende: a) epidemiología y b) el estudio de las necesidades médicas de la sociedad (McKeown; Lowe, 1989:9).

Es importante destacar que los intereses de la medicina social y la antropología médica se acercan cuando se entiende a la primera de estas disciplinas de la misma forma en que lo hicieron autores como Rudolf Virchow y Henry Sigerist.⁴¹ Desde esta perspectiva el concepto de medicina social se basa en la idea proclamada por Salomón Neumann, líder social en Alemania, quien consideraba que la ciencia médica era esencialmente una ciencia social. En ese tiempo la medicina como *ciencia social*, se fundamentaba en tres principios: 1) la sociedad tiene la obligación de asegurar a sus miembros; 2) las condiciones sociales y económicas son determinantes sobre la salud y la enfermedad por lo que deben estudiarse estas relaciones y; 3) las medidas para promover la salud y combatir la enfermedad deben ser sociales.

El objetivo de la medicina social era crear un programa de salud pública cuyas metas fueran el desarrollo tanto físico como mental del ciudadano, la prevención de riesgos para la salud y el control de enfermedades. Con este enfoque, Virchow contempló las enfermedades epidémicas como desajustes sociales y culturales, concluyendo que las epidemias surgían en puntos nodales de la historia como manifestaciones significativas del proceso histórico.

Por su parte Sigerist, decidido promotor de la medicina social, llamó la atención sobre la importancia de los contextos sociales y políticos dentro de los cuales se desarrolla la práctica médica institucional. Criticó fuertemente las investigaciones que no habían tomado en cuenta estos aspectos en su análisis y cuestionó severamente los métodos de la salud proporcionada por el Estado. La medicina social mexicana hizo suya la crítica hecha por Sigerist y una vez más ésta fue dirigida principalmente a los antropólogos, así se planteó que Rivers no había considerado la situación colonial de la medicina indígena, que Clements no relacionó las causas de la enfermedad con la totalidad de la vida social y que Redfield ignoró deliberadamente la situación de las plantaciones henequeneras en su trabajo de Yucatán.

En México la medicina social ha tenido su manifestación más importante en la

41 Virchow, médico alemán, hizo grandes aportaciones al ámbito de la epidemiología al considerar que las epidemias no sólo eran físicas, sino también económicas y sociales. La prosperidad, la educación y la libertad eran para él aspectos esenciales que debían formar parte de la lucha contra las epidemias, razón por la cual fue un decidido defensor de la medicina social. Sigerist, epidemiólogo suizo e historiador de la medicina influenciado por el pensamiento de Virchow, afirmaba que la medicina es una ciencia social y se interesó en las relaciones entre la práctica médica y las condiciones sociales (Tecla Jiménez, 1992:177-178).

llamada epidemiología social.⁴² Esta parte de la medicina social, a pesar de que toma en cuenta aspectos socioculturales de la enfermedad, no estudia ni busca comprender los sistemas médicos de las comunidades “no occidentales”, sino encontrar y combatir los factores sociales que atentan contra la salud. En este sentido, sus objetivos se alejan de los de la antropología médica.

Entendidas de esta forma, la sociología y la antropología médicas aunque comparten como objeto de estudio a los sistemas médicos -incluyendo el de la biomedicina-, realizan el estudio de los mismos desde perspectivas distintas, con métodos y objetivos completamente diferentes. Quizá uno de los argumentos más convincentes que permiten comprender las diferencias entre estos campos investigativos se encuentre en el hecho de que cada uno de ellos pertenece a una disciplina mayor; Aguirre Beltrán se refirió a ello:

La sociología médica y la antropología médica como subdisciplinas de la sociología y la antropología generales siguen los enfoques teórico metodológicos de las ciencias madres; en consecuencia (...) muestran variables sustantivas en cuanto a los caminos que recorren (...) La sociología médica y la antropología médica, no obstante su evidente parentesco tienen, cada una de ellas, individualidad propia como expresión del carácter peculiar de su enfoque sobre la salud; pueden ser complementarias y configurar una colaboración productiva si definen con claridad sus campos respectivos (Aguirre Beltrán, 1990:11-12).

En cuanto a la medicina social, teniendo un enfoque principalmente epidemiológico, no se interesa propiamente por el estudio de los sistemas médicos, sino por los aspectos sociales que dificultan las metas del proyecto de salud gubernamental. A grandes rasgos, es posible decir que la medicina social busca incidir en conductas y costumbres a las cuales considera riesgosas para la salud. Por otro lado, la sociología médica pretende “humanizar” la relación médico-paciente y se interesa por la inserción de la medicina institucional en las localidades indígenas y campesinas partiendo de la idea de que dichas comunidades están marginadas económica y socialmente. En cuanto a la antropología médica, ésta hace suyo el estudio de los distintos sistemas médicos teniendo como eje rector la diversidad cultural y los procesos identitarios en ella involucrados. Pero, no obstante los estudios en antropología médica comparten métodos y perspectivas que permiten hacer una diferenciación con respecto a otras especialidades, al interior de la disciplina se generan investigaciones que –como se explica en el siguiente capítulo– no siempre persiguen el mismo objetivo.

42 “[La epidemiología es la] disciplina que estudia las causas, la frecuencia y la distribución de las enfermedades en la sociedad. Propiamente hay dos concepciones: una epidemiología positivista inspirada en el sistema ecológico y otra social, que (...) considera los aspectos sociales no como simples variables sino como estructuras determinantes de los procesos morbígenos” (Tecla Jiménez, 1992:167).

Capítulo 4. Hacer antropología médica en México

En los capítulos previos se han revisado distintos factores involucrados en el surgimiento y desarrollo de la antropología médica como disciplina. Desde sus más lejanos antecedentes -a partir del interés mostrado por cronistas de la Nueva España- los autores dedicados al estudio de los diversos sistemas médicos perseguían distintos objetivos. Para algunos de ellos la finalidad era conocer y registrar los recursos de dichos sistemas, mientras que para otros el objetivo era utilizar estos recursos (o el conocimiento sobre ellos) en acciones más concretas como la imposición de la medicina traída por los españoles a los habitantes del Nuevo Mundo, con la consecuente subordinación de los sistemas médicos locales:

Dícese que después de la Conquista, se enseñó medicina a los indígenas en el Colegio de Tlatelolco, y que algunos que estudiaron en él aquella disciplina ejercieron como médicos y curaron en el hospital fundado por los franciscanos. Sin embargo no es de creer, dada la índole de los cursos impartidos en Tlatelolco, que los susodichos fueran considerados como verdaderos médicos, sino como practicantes o enfermeros (Caso, 1991:159).

La antropología médica ocupa actualmente a un vasto número de investigadores en México; las posturas teóricas y los métodos utilizados en sus estudios son sumamente variados. Sin embargo, la finalidad con la que los antropólogos médicos inician una investigación sigue determinando en gran medida la perspectiva desde la cual abordan el objeto de estudio y los resultados que obtienen. Por esta razón se considera posible clasificar dichas investigaciones en amplias categorías según los ámbitos a los que las mismas están dirigidas.⁴³ Con la finalidad de analizar en este sentido los tipos de estudio que caracterizan actualmente la disciplina, se proponen a continuación dos grandes categorías. Cada una de éstas responde al objetivo explícito que comparten las investigaciones agrupadas en su interior y que distinguen una "forma de hacer antropología médica" de la otra.⁴⁴

La primera de ellas se circunscribe en el estudio de fenómenos de larga duración mediante el análisis a profundidad, el conocimiento y la descripción de diferentes sistemas médicos.⁴⁵ La segunda aglutina intereses que persiguen la utilidad de las investigaciones a

43 Existen trabajos en los cuales, bajo criterios más específicos, se clasifica y analiza la producción teórico-metodológica de la disciplina y sus temáticas (ver Vargas; Casillas, 1992).

44 Erwin Ackerknecht hace una distinción de este tipo al interior de la antropología médica cuando, con la intención de deslindarse de la antropología aplicada, en su libro *Medicina y Antropología Social* aclara "Mi libro pretende una clarificación de la naturaleza de la medicina primitiva y nada más. No tiene en cuenta las (...) subdivisiones de la nueva disciplina: la antropología médica aplicada (cómo utilizar la etnología para conseguir que los no occidentales acepten nuestra medicina) y la ecología (epidemiología) aplicada al análisis de la medicina primitiva" (Ackerknecht, 1971:7)

45 Para profundizar en el concepto de fenómenos de larga duración véase la obra *La historia y las ciencias sociales* de Fernand Braudel (1999).

corto plazo para resolver los problemas de salud en las comunidades indígenas y campesinas de nuestro país. Para la clasificación de los trabajos en estas dos vertientes generales se ha considerado la distinción que, a propósito de la ciencia, sugiere George Foster:

La ciencia presenta dos aspectos principales: el descubrimiento, la búsqueda, el hallazgo de nuevos fenómenos y nuevas relaciones entre fenómenos ya conocidos, que son explicados por la formulación de hipótesis, principios y leyes científicas; y la utilización, es decir la aplicación de los resultados del descubrimiento y la consiguiente teoría al servicio de la humanidad. El primero se llama *ciencia pura, básica o teórica*, y el segundo *ciencia aplicada* (Foster, 1985:68).

Resulta necesario aclarar que en esta sección no se analizan profundamente las perspectivas teóricas en las cuales se inscriben los trabajos incluidos en cada una de las categorías, debido a que el criterio utilizado para distinguir estas vertientes no es su adscripción a las propuestas teóricas, sino la intención con que se realizan: generar o no proyectos para ser aplicados a corto plazo. Tampoco se pretende hacer un recuento exhaustivo de la producción propia de estas formas de investigación ya que los estudios insertos en la antropología médica son numerosos, por ello se han elegido arbitrariamente unos cuantos trabajos con la idea de ejemplificar las vertientes distinguidas.⁴⁶

La primera vertiente a la que se ha denominado *antropología médica académica* agrupa una serie de trabajos sumamente distintos entre sí pero que comparten algunas características: son investigaciones que versan sobre procesos de larga duración, generalmente con énfasis en el contenido teórico; sus resultados están dirigidos a espacios fundamentalmente académicos y aunque muchos de ellos consideran importante explícita o implícitamente aplicar los conocimientos generados para incidir en la salud de la población, esto no es su objetivo primordial.

Muchos de los estudios que pueden incluirse dentro de esta vertiente son descripciones etnográficas de prácticas médicas "no occidentales". Los antecedentes de estas investigaciones iniciaron con obras de autores del siglo XVI. Fray Bernardino de Sahagún (1956) y Fray Diego Durán (1959) son pioneros en el registro de terapéuticas propias de la Nueva España. Posteriormente, con obras más analíticas, Xavier Clavijero (1964) y Francisco Hernández (1984) estudian, clasifican e intentan incorporar los recursos del sistema médico local a su propia medicina. Incluso el rey de España organiza expediciones botánicas como la encomendada a Martín Sessé y José Mariano Mociño quienes han dejado descripciones de remedios herbales (véase Vargas y Casillas, 1992:81).

46 En la bibliografía se incluyen otros trabajos importantes con la finalidad de que el lector pueda consultarlos.

En este sentido, los historiadores han desempeñado una función importante en el análisis de formas etiológicas y terapéuticas diversas. Sus investigaciones han servido con frecuencia a algunos de los estudios insertos en la antropología médica. Uno de los autores más reconocidos por sus aportaciones sobre la medicina en el México antiguo desde una perspectiva histórica es indudablemente Alfredo López Austin (ver 1984; 2000).

De igual forma, algunos de los trabajos más importantes que desde la etnología se han dedicado al análisis de la forma en que los grupos humanos conciben la salud y los aspectos relacionados con ella, se apoyan en datos históricos. Los sistemas ideológicos, etiológicos y terapéuticos de los que se ocupan estas investigaciones permiten comprender algunos aspectos sumamente relevantes de formas curativas actuales. Ejemplos de este tipo de estudios son los realizados por Noemí Quezada (ver 1975; 1979; 1984; 2000) y por María del Carmen Anzures (ver 1972; 1973; 1978a; 1978b; 1979; 1983), ambas interesadas en la llamada medicina tradicional.⁴⁷

Otro tipo de investigación ubicada dentro de esta vertiente tiene como objeto de estudio únicamente a los sistemas médicos "tradicionales" que describe, clasifica y analiza. En ciertos casos, la intención de estos estudios es ayudar a que las prácticas terapéuticas no hegemónicas obtengan el reconocimiento y el respeto que les niegan la medicina "científica" y el Estado. Las investigaciones de William Holand (1963; 1991) y Calixta Guiteras Holmes (1965) en la región de los Altos de Chiapas, son de los trabajos más importantes realizados desde esta perspectiva en comunidades indígenas actuales. Con una temática muy similar a la de Guiteras, Pedro Pitarch Ramón (1996) incursiona en el estudio de las almas según la concepción tzeltal de éstas en la comunidad de Cancuc, en el mismo estado, ahondando en la terapéutica local y las etiologías atribuidas a algunas enfermedades.

En la región tarahumara, María del Carmen Anzures (1978a, 1978b, 1995) ha analizado la medicina local y las conceptualizaciones respecto a la salud, la muerte y la enfermedad en relación con la cosmología rarámuri. Francisco Cardenal Fernández (1993) hizo una recopilación de conocimientos y usos con fines terapéuticos pertenecientes a dos de las culturas que conviven en la sierra de Chihuahua: la mestiza y la rarámuri. Silvia Ortiz Echániz (1999) publicó una compilación que reúne trabajos de historiadores, arqueólogos, etnólogos, etnobotánicos, antropólogos físicos y etnohistoriadores sobre medicina "tradicional" en el norte de México, con la finalidad de conocer la situación en torno al fenómeno en una vasta región y desde una perspectiva multidisciplinaria.

Por otra parte, en San Miguel Acuexcomac –comunidad nahua en el estado de Puebla– Antonella Fagetti (1998) analiza el simbolismo del cuerpo en relación con la forma como se convive con elementos naturales del entorno. También en una población nahua,

47 Los estudios de ambas investigadoras ponen énfasis en el carácter sincrético de la medicina tradicional, de forma tal que –además del trabajo propiamente etnográfico– recuperan datos proporcionados por fuentes históricas (época prehispánica y periodo colonial) que les permite un análisis más completo de su objeto de estudio en la actualidad. Luis Alberto Vargas y Leticia Casillas consideran que este tipo de trabajos pueden agruparse bajo la denominación de "historia médica con perspectiva antropológica" (Vargas y Casillas, 1992: 85). Difiriendo de dicha propuesta consideramos a la antropología con perspectiva histórica, responsable de dichos estudios.

un tema extensamente abordado por Roberto Campos Navarro (ver 1996; 1997b; 1999; 2000).

Algunos autores han realizado investigaciones en la zona tarahumara con la finalidad de adecuar la medicina institucional a las condiciones socioculturales de la región. El desconocimiento de la cultura local por parte del personal médico que labora en comunidades indígenas, ha sido uno de los argumentos más contundentes utilizado para explicar el fracaso de los proyectos institucionales de salud, por lo que se han hecho algunos esfuerzos para apoyar a los médicos durante su servicio social. Ejemplo de ello es el manual *Chá Okó* (Palma e Irigoyen, s/f) que constituye una guía para la consulta con pacientes rarámuri.

Asimismo el interés por lo que se ha definido como calidad de vida contribuye, por medio del análisis de su relación con la salud y la enfermedad, al cuestionamiento de la función de los sistemas médicos institucionales operantes en regiones indígenas. Algunos trabajos que ejemplifican lo anterior pueden consultarse en el libro *Calidad de vida, salud y ambiente* (Daltabuit, et al, 2000) publicado por el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Las inquietudes de aquellos investigadores que analizan los aspectos socioculturales de la salud, la enfermedad y la muerte en diversas regiones de México encontraron su cauce en el fortalecimiento de la antropología médica a partir de la década de 1930. Debido al proyecto nacionalista que imperaba entonces en el país -marco en el cual se insertó el interés por esta línea de investigación- una parte de los estudios al respecto tuvieron, como se mencionó anteriormente, un solo propósito: la introducción de la medicina oficial en las comunidades indígenas.

Si bien estos trabajos han tenido importantes logros, pronto fue notorio que la eficacia de los recursos médicos institucionales puestos a disposición de los pueblos indígenas no era la esperada. Desde entonces, la forma en que se introdujo la medicina "científica" en las comunidades indígenas de nuestro país, su funcionamiento y las contradicciones con la cultura de las regiones donde opera, se convirtió en un tema del que se han escrito múltiples trabajos.

Algunos de estos estudios constituyen un caso especial por ubicarse entre ambas perspectivas: no se hacen con el objetivo de planear y aplicar a corto plazo proyectos pero sí consideran fundamental incidir en las políticas gubernamentales por medio de la denuncia. Entre los antropólogos dedicados en la actualidad a este tipo de análisis podemos mencionar a Graciela Freyermuth (1993), quien principalmente ha investigado los factores culturales en torno a la muerte materna en la zona de los Altos de Chiapas y, con la colaboración de Ana María Garza Caligaris (1995), las causas de defunción de forma más general. En el estado de Tlaxcala María del Carmen Elu (1993) aborda también el estudio de las condiciones socioculturales en relación con la muerte materna.

Los dos tipos de investigación caracterizados anteriormente constituyen en la actualidad una parte mayoritaria de las publicaciones que, desde la antropología, abordan

pero en la región de la huasteca hidalguense, Danielle Gréco (1993) inicia el estudio de la medicina local.

Los sistemas médicos constituyen un objeto de estudio complejo que abarca diversas temáticas relacionadas: religión, cuerpo, cosmovisión, alimentación, muerte, etcétera. Por ello, algunos investigadores optaron por delimitar su estudio de forma más específica y sus conclusiones resultan sumamente interesantes. Es el caso de Isabel Lagarriga (1968; 1978; 1981) y Silvia Ortíz Echániz (1978; 1984; 1986; 1990) quienes se han dedicado al estudio del espiritualismo trinitario mariano y sus formas terapéuticas. Ellas, y otros investigadores como Francisco de la Peña Martínez (1999), han incursionado en la etnopsiquiatría ahondando en una perspectiva teórica que hasta hoy no ha sido frecuente en México.

La segunda gran vertiente comprende investigaciones pertenecientes a la antropología aplicada y tienen como objetivo principal la búsqueda de alternativas para adecuar a la cultura local el sistema médico institucional operante en regiones indígenas y campesinas. Por razones obvias esta vertiente se ha conocido como *antropología médica aplicada*.⁴⁸

El estudio de los diferentes sistemas médicos que coexisten en una misma zona y la subordinación de las formas terapéuticas locales a la medicina institucional es una de las temáticas que ocupan a los investigadores con esta perspectiva. Una de las mayores aportaciones la ha hecho Eduardo Menéndez (1992a) poniendo énfasis en la hegemonía desde la cual es ejercida la medicina "científica". Sin embargo, Eduardo Menéndez no se ha limitado a la generación de proyectos "aplicables"; varias de sus publicaciones versan sobre el análisis y la reflexión en torno a las relaciones generadas por la coexistencia de sistemas médicos y sobre la producción teórico-metodológica de la disciplina. (ver Menéndez, 1981; 1985; 1990; 1992a; 1992b; 1994; 1997a; 1997b). Incluso este autor considera que la especialización al interior de la antropología es contraproducente para el análisis holístico necesario. No obstante, es posible ubicarlo al interior de la antropología médica aplicada ya que sus análisis se plantean como estudios previos requeridos para la consecución de un objetivo explícito: contribuir concretamente para modificar los elevados índices de morbimortalidad en las comunidades indígenas y campesinas de América Latina. Lo cual explica que considere fundamentales las aproximaciones a cuestiones como la hegemonía, el poder, los aspectos económicos, la violencia estructural, etcétera.

Desde la misma perspectiva de Menéndez, María Eugenia Modena (1990) se ha interesado en el análisis de las culturas locales y sus contradicciones con el sistema médico hegemónico, así como de las relaciones de poder entre los diferentes "curadores" en una localidad del estado de Veracruz; de igual forma aborda el papel del personal médico institucional en la región (Modena, 1992). La hospitalización y la forma en que ésta puede ser adecuada a las realidades culturales de cada uno de los lugares en los que opera, ha sido

48 Gonzalo Aguirre Beltrán (1990; 1992b) utiliza este término y considera que la aplicabilidad como objetivo principal debe ser una característica fundamental de toda investigación en antropología médica.

las temáticas relacionadas con la salud y la enfermedad. Aunque es innegable que muchos autores han producido ambos tipos de estudio, es difícil encontrar algún grupo poblacional que haya sido objeto de una investigación donde se reúnan perspectivas y objetivos para lograr un mismo fin.

Caracterizadas anteriormente, ambas formas de “hacer antropología médica” están estrechamente relacionadas con las orientaciones que asumen los investigadores, determinando así sus intereses, objetivos y finalidades. Las investigaciones producidas por la *antropología médica académica* se ocupan del estudio de procesos de larga duración planteando como objetivo principal la contribución académica, es decir la generación de conocimiento. Es necesario aclarar que esto no invalida que consideren importante la aplicación de dichos conocimientos traducidos en acciones concretas.

En cambio, los trabajos insertos en la *antropología médica aplicada* han ocupado a investigadores que, a pesar de cuestionar la hegemonía y el control sociocultural ejercido por el sistema médico institucional y “científico”, tienen como objetivo garantizar su existencia dentro de las comunidades más necesitadas. Sin embargo, no se puede negar que han abogado porque esta inserción sea resultado del respeto y el reconocimiento que legitime la práctica de las formas curativas locales. Al respecto Foster hace una distinción similar:

Para el científico de orientación teórica (...) el producto de la investigación es simplemente un punto de partida para continuar la investigación y la búsqueda de una teoría cada vez mejor y más comprehensiva. Para el científico aplicado, el desafío del conocimiento consiste en la búsqueda de modos de traducirlo a formas que satisfagan las necesidades de la sociedad (Foster, 1985:69).

La generación de estudios desde estas dos orientaciones disímiles ha tenido como consecuencia, sin pretender minimizar los méritos y el valor de los estudios hasta ahora hechos, una producción antropológica fragmentada en torno al tema. Hay una gran cantidad de publicaciones con propuestas teóricas importantes y análisis profundos sobre diversos aspectos de los sistemas médicos que representan una enorme aportación para conocer y comprender la diversidad cultural de la salud-enfermedad, pero su aportación suele quedarse en el ámbito académico. Por otro lado, existen muchos esfuerzos por adecuar el sistema médico institucional a las culturas locales, sin embargo éstos con frecuencia se traducen en proyectos efectuados sin realizar previamente análisis culturales profundos que no cumplen con sus propias expectativas, debido a que son condicionados por los tiempos de las instituciones a las cuales se dirigen sus resultados.

Si bien es cierto que con el indigenismo surge la posibilidad de que la antropología incida en las políticas impuestas por el Estado a las comunidades indígenas, resulta difícil coincidir plenamente con Aguirre Beltrán y considerar como antropología médica sólo

aquella que se constituye en herramienta para el buen funcionamiento de la medicina oficial en las comunidades indígenas y campesinas del país. Definitivamente los estudios dedicados al análisis teórico, aunque no plantean la aplicación como objetivo inmediato, han tenido gran valor para la producción antropológica siendo sus resultados referentes obligados para la planeación y aplicación exitosa de proyectos de salud.

La categorización que se ha hecho -dos "formas de hacer antropología médica"- responde a la consideración de que ambos tipos de estudio deben constituir niveles diferentes de un mismo proyecto. En este sentido se entienden aquí como *momentos de la investigación* con distintos objetivos que responden a diferentes fases de un mismo estudio. Trabajar de forma integral ambos niveles nos dará la posibilidad de lograr cambios sustanciales en la situación de las comunidades marginadas del país, impulsando una relación verdaderamente dialéctica entre los sistemas médicos institucionales y locales.

Un estudio en el cual primero se analice profundamente la forma en que la salud y la enfermedad son comprendidas por distintas culturas, para después proponer alternativas que incidan en la salud de la población garantizando el legítimo derecho a la diversidad, debe pensarse como un proyecto a largo plazo, bajo una perspectiva multidisciplinaria y en donde se incluyan ambas "formas de hacer antropología médica". Por ello la discusión que es desarrollada en este trabajo constituye únicamente el primer paso de una larga investigación.

Afortunadamente en la actualidad existen proyectos que, desde la antropología y la medicina, contemplan la posibilidad de realizar estudios verdaderamente multidisciplinarios para obtener resultados más integrales. Así, se han constituido grupos de trabajo como la Red de Investigadores Salud y Sociedad que -con la finalidad de comprender aspectos socioculturales del proceso salud-enfermedad-atención- fue constituido por médicos, psicólogos, sociólogos y antropólogos en el Colegio de Michoacán (Mummert, 1998).

Con la conformación de tales grupos, la antropología médica actualmente es definida como una disciplina al interior de la cual convergen la ciencias sociales y las médicas. En la constante búsqueda de lazos que permitan su estrecha relación, estas disciplinas se encuentran hoy día en el doloroso proceso de cuestionarse a sí mismas. La discusión en torno a la coexistencia de sistemas médicos diversos ocupa un lugar central en este proceso, razón por la cual -con la finalidad de sumar esfuerzos- en la segunda parte de este trabajo se analiza la forma en que la antropología ha abordado el estudio de dicho fenómeno.

Segunda Parte

La antropología médica y su objeto de estudio

Durante la primera parte se abordó la forma como la antropología médica mexicana se ha visto condicionada por distintos contextos políticos, sociales y teóricos. Como se ha señalado, dichos contextos han determinado también la perspectiva desde la cual la disciplina se ha planteado el estudio de la salud-enfermedad en el transcurso de su desarrollo, privilegiando temáticas diversas según los objetivos perseguidos. Así, los intentos por eliminar sistemas médicos “no occidentales” se inspiraron en la propuesta de homogeneizar a la población del país. Después, la incorporación de los pueblos indígenas a la sociedad nacional fue el argumento utilizado con el fin de subordinar las prácticas curativas indígenas a la medicina legitimada por el Estado. De igual forma, los intentos por garantizar la expansión de la medicina hegemónica se han apoyado en la propuesta de adecuarla a la cultura de las regiones en donde se encuentra inserta.

El sistemático fracaso de las distintas posturas académicas y gubernamentales frente a la diversidad étnica del país, puso de manifiesto la importancia de entender los procesos de interacción implicados en la coexistencia de sistemas médicos y desde entonces la antropología médica ha dedicado a ello numerosas investigaciones. En esta segunda parte se analizan algunas propuestas que al respecto se han hecho con el objetivo de sustentar una serie de reflexiones en torno a la construcción de herramientas teórico-metodológicas, que permitan abordar de forma más integral el estudio de dicha coexistencia.

La definición precisa de conceptos básicos es probablemente una de las tareas más complejas que ocupa desde hace varias décadas a los investigadores interesados en las formas culturales de la salud-enfermedad. Por esta razón en el quinto capítulo –*Salud, enfermedad y sistemas médicos*– se exponen algunas de las propuestas generadas en torno a la conceptualización de la salud-enfermedad, así como de los criterios que han servido para caracterizar y clasificar los distintos sistemas médicos.

A partir de que la medicina “científica” se constituyó como objeto de estudio para las ciencias sociales, surgieron investigaciones sobre diversas formas de interacción que hacen posible la coexistencia de distintos sistemas etiológico-terapéuticos. *La Relación médico-paciente* es probablemente a la que más estudios se han dedicado, tratándola preferentemente en el ámbito de la medicina institucional. Sin embargo, la antropología ha dedicado numerosos estudios a la forma que dicha relación adquiere en otros sistemas médicos, haciendo algunas aportaciones importantes que son discutidas en el sexto capítulo.

Ante la diversidad étnico-cultural, los proyectos gubernamentales de salud se han constituido en un arma poderosa utilizada en los múltiples intentos por construir una nación homogénea. La hegemonía ejercida por la medicina oficial –producida y reproducida en los procesos de interacción con otras formas médicas– resulta un factor fundamental

para comprender la coexistencia de sistemas etiológico-terapéuticos. Con el objetivo de abordar la dinámica de expansión de la medicina “científica” y su influencia en la interacción de distintos sistemas médicos, el séptimo capítulo se ocupa de una de las propuestas más significativas al respecto: la caracterización de *Modelos de atención médica* que hace Eduardo Menéndez (1992a).

En el octavo capítulo se expone la propuesta de François Laplantine (2000) quien analiza distintos *Sistemas de representaciones etiológico-terapéuticas*, por medio de un riguroso esquema en el que agrupa duplas de modelos conceptuales contrapuestos pero paradójicamente complementarios. Su objetivo es construir modelos analíticos operativos a partir de la reducción de dichas representaciones a sus formas elementales, buscando constantes en la variabilidad. El análisis sugerido por Laplantine resulta sumamente interesante, sobre todo para el estudio de la forma en que los miembros de una comunidad se relacionan con los sistemas médicos a los que acceden –tercer tipo de interacción implicado en la coexistencia de dichos sistemas–.

Finalmente, en el último capítulo se plantea una serie de consideraciones en torno a la operatividad que los modelos de Menéndez y Laplantine tienen para el futuro estudio de un caso específico: la coexistencia de sistemas etiológico-terapéuticos en Santa Mónica Maxtla, comunidad nahua del estado de Hidalgo.

Capítulo 5. Salud, enfermedad y sistemas médicos

Si bien las investigaciones que marcan el surgimiento de la antropología médica en México pueden ubicarse para la década de 1920, conservadoramente es posible considerar la consolidación de sus bases teóricas dos decenios más tarde, es decir alrededor de 1940. A pesar de la vasta producción académica al respecto existente desde entonces, los sistemas médicos siguen constituyendo un amplio campo de conocimiento cuya complejidad impone enormes retos a los investigadores. Probablemente el mayor de ellos sea la dificultad que implica definir con precisión algunos conceptos básicos para la disciplina.

Médicos, antropólogos, sociólogos, incluso filósofos, se han dedicado a la ardua labor que supone precisar el contenido significativo de conceptos relacionados con los sistemas médicos. En realidad ninguna investigación está exenta de tal requerimiento, por ello en este capítulo se discute en torno a algunas definiciones que han sido propuestas para dos conceptos de gran relevancia en el ámbito de la antropología médica en general: salud y enfermedad. De igual forma, se analiza brevemente la manera en que –partiendo de la necesidad por diferenciarlos de la medicina “científica”– han sido clasificados diversos sistemas médicos.

La antropología médica tiene como objetivo, en su acepción más amplia, el estudio de las formas socioculturales de la salud y la enfermedad.⁴⁹ Como se señaló con anterioridad, el interés por estudiar los sistemas médicos data de épocas lejanas. Sin embargo, definir claramente algunos de los conceptos básicos para su análisis sigue siendo hoy día problemático no sólo para los científicos sociales sino, más preocupante aún, para las instituciones gubernamentales encargadas de la salud pública.

Luis Alberto Vargas es uno de los investigadores mexicanos dedicado a la difícil tarea de definir claramente conceptos dentro de la antropología médica. A partir de una clasificación propuesta en 1968 por Steven Polgar, Vargas (1978) analiza las definiciones de salud existentes y las agrupa en tres grandes conjuntos conceptuales: asintótico, elástico y extremo abierto. El primero de ellos, es decir el asintótico, comprende todas aquellas concepciones de la salud en que ésta se define como el ideal inalcanzable pero deseable. Vargas ejemplifica este concepto con la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

La Organización Mundial de la salud afirma que [ésta] es el completo bienestar físico, mental y social [del individuo] y no únicamente la ausencia de enfermedad. Para fines prácticos, el bienestar propuesto, nunca puede ser completo: es utópico (Vargas, 1978:20).

49 El término antropología médica empieza a utilizarse a principios de la década de 1960, específicamente con el trabajo de Norman Scotch (1963). Sin embargo, como se expuso anteriormente, la mayoría de los autores coinciden en que su conformación como disciplina se remonta a la obra *Medicine, magic and religion* (1924) del antropólogo británico William Rivers.

Coincidiendo con el autor, cabe señalar que esta definición propuesta por la OMS en 1948, no considera las particularidades culturales existentes como consecuencia de la diversidad étnica con la que cuenta nuestro país y muchos otros en el mundo. De forma tal que esta manera de entender la salud resulta útil como concepto operativo para la investigación, sólo si se especifica su contenido. Para ello es necesario conocer previamente los significados que adquieren en los distintos grupos humanos nociones como bienestar social y psicológico. No obstante, esta definición sigue vigente en los múltiples esfuerzos por garantizar el derecho a la salud a nivel mundial.⁵⁰

El segundo conjunto conceptual al que se refiere Vargas, es el que Polgar denominó elástico. En este tipo de definiciones la enfermedad se considera como algo normal e inevitable y no se supone la existencia de armonía absoluta. En la mayoría de las comunidades indígenas mexicanas, esta forma de vivir la enfermedad es muy común: siempre hay personas que pueden enfermar a los demás, a veces incluso sin intención.⁵¹ Vargas afirma que la medicina preventiva concibe la salud de esta forma cuando se propone preparar al ser humano ante el evento de enfermedad que irremediablemente llegará. Sin embargo, podríamos considerar como su nombre lo indica que la medicina preventiva parte de la idea de que la enfermedad es algo evitable.

Por último, en el concepto de salud que el investigador mexicano ha traducido como extremo abierto se entiende la muerte como falta absoluta de salud para entonces, considerar a ésta última acumulada en sentido positivo pero sin límite: la salud es siempre susceptible de ser mejorada. El consumo de suplementos alimenticios, del mismo modo que el auge de prácticas como la yoga y el tai-chi en nuestra sociedad, podrían ser explicadas a partir de esta manera de concebir la salud.

Vargas (1978) certeramente agregó a la clasificación de Polgar dos formas más de entender la salud-enfermedad. En la primera de ellas –común entre las personas ajenas a la medicina “científica”– la salud está determinada por la percepción del sujeto, es decir, se considera como individuo saludable aquél que no se siente enfermo.⁵² En relación con esto, en los estudios antropológicos dedicados a la relación médico-paciente se ha hecho la distinción entre enfermedad percibida y enfermedad diagnosticada, considerando a la primera como una concepción propia del enfermo con frecuencia distinta a la verdadera naturaleza del mal que le aqueja y que es determinada por el terapeuta capacitado para ello.⁵³

En la segunda forma de concebir la salud propuesta por Vargas, ésta se define según la idea sociocultural de lo que es habitual, teniendo como referente lo que le sucede a la mayoría de las personas. En sociedades como la nuestra, la gravedad de algunos

50 Ejemplo de ello es la Carta de Ottawa donde bajo el conocido lema “salud para todos en el 2000” se acordaron estrategias concretas para promover el derecho a la salud (véase apéndice 4).

51 Por ejemplo cuando una mujer embarazada mira a un niño o cuando quien cocina los alimentos está enojado.

52 Caso muy distinto al del sistema médico “científico” el cual considera necesarias una serie de prácticas destinadas a revelar la “enfermedad oculta” (medición de colesterol, papanicolao, mamografías) y que incluye como pacientes a portadores “sanos”, como en el caso del VIH-SIDA y del virus del papiloma humano.

53 Así Fernando Martínez Cortés (1983) ha propuesto la distinción entre la enfermedad propiamente dicha, es decir la forma en que la medicina “científica” la define, y padecer como la concepción que de la misma tiene el paciente.

padecimientos se determina en función de lo "normal". De tal manera que se diferencia entre mal y enfermedad, siendo el primero pasajero y común, mientras que la segunda implica algo más complejo y poco frecuente. Sin embargo esta concepción no es dominante en nuestro sistema médico que, en cambio, suele ser hiperintervencionista.

Si bien la salud y la enfermedad son un continuo cuyos límites no se pueden precisar, Vargas afirma que la humanidad ha sabido reconocer a esta última como una entidad precisa que es posible demostrar ya que se manifiesta mediante una serie de elementos concretos. En el caso de la concepción estrictamente biológica de la enfermedad, dichos elementos han sido nominados por H.R Wulff (1976) como caracteres nosográficos y clasificados bajo los rubros de síntomas subjetivos, síntomas objetivos, signos físicos, síntomas provocados, datos demográficos del sujeto y hallazgos paraclínicos, mismos que Vargas explica de la siguiente manera:

Los síntomas subjetivos son aquellas molestias que el paciente percibe, sin que se puedan hacer objetivas. (...) Los síntomas objetivos son aquellas observaciones que el paciente hace sobre su cuerpo y sus productos (...) Dentro de ellos se incluyen las observaciones que sobre el paciente pueden hacer personas ajenas. (...) Los signos físicos son las observaciones que recoge el médico durante la exploración física (...) Los síntomas provocados son aquellos que el médico produce al explorar al paciente (...) Los datos que permiten ubicar al paciente dentro del ciclo de vida y la población a que pertenece son los demográficos. (...) Wulff llama hallazgos paraclínicos a aquellos que son resultado de exámenes que no realiza el clínico mismo. A nosotros nos parece que sería más adecuado considerar como tales a los hallazgos que no pueden hacerse sin el auxilio de elementos tecnológicos" (Vargas, 1978:24).

Para la medicina "científica" actual las entidades nosológicas -producto de la conjunción de caracteres nosográficos- son matizadas por la individualidad biológica, psicológica y social del sujeto que las padece. De este modo la enfermedad es entendida como la forma en que dichas entidades se presentan en el individuo. Así se considera que el enfermar es un acto simultáneamente individual y social; salud y enfermedad no son percibidas de igual manera por todas las personas pero, la diversidad de las concepciones a nivel individual siempre están acotadas por el reconocimiento social que el sujeto requiere de su padecimiento para ser considerado "genuinamente enfermo". Al respecto, Vargas distingue cuatro posibles situaciones:

La persona puede sentirse sana y ser calificada por la sociedad como sana, lo que resulta en la denominación social de salud. La persona puede sentirse enferma, pero la sociedad la considera sana, ello resulta en la simulación o la hipocondría. La persona se siente sana, pero la sociedad le encuentra elementos suficientes para considerarla enferma, lo que se traduce en la negación de la enfermedad por parte del paciente. (...) si la persona se siente enferma y la sociedad acepta su enfermedad, se puede adoptar la actitud de enfermo (Vargas, 1978:25-26).⁵⁴

En otros sistemas médicos las enfermedades también son consideradas como tales a partir de la conjugación de varios elementos, entre ellos los síntomas manifestados por el paciente y los signos visibles para el terapeuta. Pero, a diferencia de la medicina “científica”, en muchos de ellos –sobre todo en los “tradicionales”– el individuo se considera siempre como parte de una comunidad, de forma tal que su relación con los otros miembros, con su entorno y con el universo se convierten en factores determinantes para el diagnóstico y tratamiento.

Si bien la labor investigativa en general requiere precisión conceptual, estar enfermo o sano son categorías circunscritas en la cultura propia de la sociedad que las construye. Ante esta paradoja, la antropología –teniendo como principio rector de su práctica el respeto a la diversidad cultural– salva el obstáculo y se permite dar sentido a los términos desde las comunidades involucradas en los estudios específicos. Es así que en la investigación antropológica, salud y enfermedad deben ser entendidas a partir de las definiciones que cada uno de los sistemas médicos que se analizan otorgan a dichos conceptos, siempre teniendo en cuenta el contexto sociocultural en que los mismos se inscriben.

Sin embargo, esto no exime al investigador de la necesidad de establecer ciertos parámetros lo suficientemente amplios como para dar cabida a todas las formas que adquieran la enfermedad y la salud en cada uno de los sistemas etiológico-terapéuticos. En relación con esto, algunos autores proponen establecer límites conceptuales más allá de la diversidad cultural de las formas médicas, partiendo de que todas ellas tienen en común la conformación de explicaciones etiológicas y estrategias terapéuticas. Razón por la cual coinciden en considerarlas, lo más neutral y ampliamente posible como sistemas.

Foster (1974) por ejemplo, los define como complejos de conocimientos, creencias, roles, técnicas, normas, valores, ideologías, actitudes, costumbres, rituales y símbolos que –interconectados– forman un sistema cuyos elementos constitutivos se refuerzan y apoyan. Compartiendo el interés por encontrar coincidencias que permitan a la investigación antropológica partir de bases concretas en el estudio de diversos sistemas médicos, Menéndez (1992b) los considera como respuestas sociales cotidianas y recurrentes a

54 Con relación al estatus del enfermo Laplantine indica que “[En el sistema biomédico] únicamente las enfermedades orgánicas constituyen el objeto propio del saber médico por lo tanto, sólo los individuos que las tienen pueden beneficiarse de la identidad irrefutable de verdadero enfermo” (Laplantine, 2000:274).

la incidencia de enfermedad que además, constituyen una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad:

Tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social. En consecuencia, dichos sistemas (...) no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar, y si es posible, erradicar los padecimientos (Menéndez, 1992b:71).

De igual manera, Luis Alberto Vargas (1978) define los sistemas médicos como conjuntos organizados de ideas y prácticas que tienden a restaurar o incrementar la salud, creados por los grupos humanos en respuesta a los eventos que –real o aparentemente– atentan contra ella. Las funciones principales de dichos sistemas han sido enlistadas por el autor de la siguiente forma: 1) aliviar, curar y evitar la muerte; 2) sistematizar un cuerpo teórico acerca de la salud, la enfermedad y la curación; 3) nominar y clasificar enfermedades; 4) prevenir la pérdida de la salud; 5) fomentar el incremento y disfrute de la salud; 6) segregar a las personas que pueden ser consideradas como agentes nocivos para la salud de los demás; 7) alejar, destruir o neutralizar los factores nocivos para la salud; 8) determinar la viabilidad o imposibilidad de la realización de acontecimientos que impliquen riesgos para la salud; 9) auxiliar y apoyar al hombre a sobreponerse a los momentos críticos o cambios en su ciclo de vida; 10) dictaminar y certificar sobre asuntos relativos a la vida, la muerte y la salud.

En cambio, María Eugenia Modena (1990) a pesar de que no ignora esta cualidad sistémica, considera necesario diferenciar durante el análisis las prácticas específicas de los sentidos y significados que éstas cobran respecto a la totalidad. Para ello hace una clara distinción entre cultura e ideología, agrupando las formas de resolver los problemas de salud-enfermedad al interior del concepto *cultura de la salud*.

En este sentido, el estudio de la forma en que coexisten diversos sistemas etiológico-terapéuticos que aquí se propone, difiere sustancialmente de la postura de Modena y coincide en gran medida con las de Foster, Menéndez y Vargas. Sin embargo, con frecuencia bajo la denominación de sistemas médicos no se otorga igual importancia a la dimensión etiológica del conjunto, ni a la influencia determinante que ésta tiene sobre las estrategias terapéuticas. Por ello, con el concepto de sistemas etiológico-terapéuticos se pretende explicitar lo que muchas veces ha sido excesivamente obviado: prácticas, sentidos y significados son partes constituyentes de aquellos sistemas mediante los cuales cada grupo humano explica la enfermedad y diseña estrategias para enfrentarla. Por tanto, el estudio de los mismos requiere comprenderlos en su totalidad teniendo como marco referencial la cultura de la que forman parte.

Así, la comprensión de un sistema médico difícilmente puede separarse de las condiciones socioculturales en las cuales se inscribe y resulta innegable que, en países como

el nuestro, parte esencial de ese contexto son las relaciones de poder en que se encuentra inmersa la interacción entre los mismos.⁵⁵ Sin embargo, por razones metodológicas, el estudio de los procesos involucrados en la coexistencia de sistemas etiológico-terapéuticos requiere en principio considerarlos "igualmente", sin que esto signifique descartar en el análisis la, por demás evidente, hegemonía de uno de ellos.

La necesidad de la medicina oficial por distinguirse claramente del resto de los sistemas médicos con los cuales coexiste, comúnmente ha derivado en clasificaciones que -teniendo casi siempre como referente principal al propio sistema médico "científico"- son poco operativas, y en muchos casos discriminatorias. De esta forma, se ha hecho la distinción entre medicina "científica" y prácticas "mágicas", "tradicionales", "paralelas", "alternativas", "populares", o "empíricas". Al respecto Consuelo Mariño y Deyanira Rivera (1998b) son enfáticas cuando aseguran que la distinción de los sistemas médicos argumentando la científicidad de aquel que legitima el Estado, enmascara un enfrentamiento ideológico.⁵⁶ A propósito de un estudio realizado en Colombia, dichas autoras exponen algunos de los problemas que esta forma de entender los diversos sistemas médicos supone. Tomando como ejemplo la definición de las prácticas médicas "no occidentales" como "medicina popular", critican que ésta sea asociada únicamente a ciertos sectores de la población, que se le considere carente de bases conceptuales y que bajo tal denominación se agrupen a todas las prácticas que no son "científicas":

Frente al primer problema es necesario decir que las prácticas no científicas no se presentan únicamente en algunos sectores de la población sino que penetran en todas las capas sociales (...) Respecto al segundo problema (...) no podemos pensar que las distintas prácticas médicas no científicas sean simplemente prácticas empíricas (...) ya que sí se enmarcan dentro de una interpretación de la realidad y por lo tanto tienen una explicación dentro de las representaciones y conceptos que sobre el hombre, la salud y la enfermedad se tiene en cada contexto (...) Sobre el tercer punto (...) si bien las prácticas deben provenir de determinadas realidades, éstas se han ido desarrollando y mezclando con elementos de otras prácticas distintas que conviven en la actualidad. Esto sin embargo no nos da derecho

55 Entendiendo cultura en su definición más extensa como el conjunto de valores, creencias, prácticas, costumbres y actividades que los miembros de un grupo humano comparten y a partir de los cuales construyen su identidad, se relacionan con los otros miembros de su grupo y con el exterior.

56 En torno a esto, Aguirre Beltrán asegura que "la estructura colonial da origen a un sistema dual de medicina: al tiempo que florece la medicina académica, racionalmente orientada, como privilegio de la elite, vegeta obstinada la medicina mestiza, de orientación mágica, y diversas formas de medicina india, como patrimonio de la masa iletrada. La diferencia entre una medicina y otras, (...) no reside en la eficacia que es escasa, sino en los significados de valor que tiene asignados; hegemónicos los unos, subalternos los otros" (Aguirre Beltrán, 1994b:307).

a tratarlas como una sola práctica, no es lo mismo la práctica del curandero, la del yerbatero o el shamán (Mariño y Rivera, 1998b:103).

“Populares”, “tradicionales”, “alternativas”, y con mayor claridad aún “empíricas”, son adjetivos que pretenden otorgar a las medicinas no oficiales la cualidad de subordinación que el sistema médico “científico” requiere para seguir ostentando su hegemonía. Se trata de definiciones que parten más de una consideración valorativa que realmente científica: toda práctica que no se enmarque dentro de sus lineamientos es catalogada bajo tales rubros. Aguirre Beltrán (1994a) considera que tales términos son resultado de “dicotomías etnocéntricas” mediante las cuales los científicos sociales han intentado infructuosamente encontrar una denominación apropiada a su objeto de estudio.

Por otra parte, el sistema médico hegemónico ha sido víctima de sus propios métodos ya que del mismo modo en que son objetables los calificativos mediante los cuales éste agrupa a los otros sistemas bajo una misma categoría, no distingue los submodelos que al interior de él conviven y los nombres bajo los cuales se le conoce carecen igualmente de precisión. Luis Alberto Vargas (1978) se refiere a ello:

El sistema médico [oficial] (...) ha recibido nombres tan diversos como medicina científica, escolástica, alopática, moderna, cosmopolita, académica o institucional. Sin embargo, (...) no todas sus manifestaciones son científicas, no es el único que se enseña en escuelas universitarias, otros sistemas han tenido su origen en occidente, no siempre utiliza su terapéutica el sistema de contrarios, no es la más moderna, siendo en cambio una de las de mayor tradición, existen academias de otras medicinas y tampoco es la única que se practica en instituciones. Lo único que la puede calificar es que es la oficial, en México (Vargas, 1978:30).

Ciertamente en países como México, la medicina “científica” -legitimada por el Estado- ocupa un lugar privilegiado siendo juez y parte en la clasificación de los sistemas médicos, estipulando las directrices y los criterios mediante los cuales se valora al resto de las prácticas etiológico-terapéuticas. Como se ha señalado, la forma en que han sido catalogados estos sistemas ha motivado severas críticas por parte de antropólogos, sociólogos y médicos. Algunos de ellos cuestionan, no sólo las características que les son atribuidas con estas nominaciones a las medicinas no oficiales, sino incluso la cualidad “científica” de la propia biomedicina.

Con esta perspectiva se pugna por un modelo médico en el que los factores socioculturales y psíquicos se integran a los estrictamente biológicos para entender la salud-enfermedad.⁵⁷ Ciertamente, el sistema médico hegemónico ha incluido en su

definición de salud el bienestar social y psíquico, sin embargo —y más allá de las críticas que en cuanto a la operatividad de tal definición pueden hacerse— los aspectos culturales siguen estando ausentes, a excepción de cuando se intenta eliminarlos bajo el argumento de que son riesgosos para la salud.

Del mismo modo en que se ignoran los factores culturales de los sistemas médicos “no occidentales”, en el estudio de la medicina “científica” con frecuencia se olvida su pertenencia a una sociedad que, no por ser hegemónica, deja de tener creencias, costumbres y rituales propios. En este sentido, la relación del sistema médico oficial con las prácticas etiológico-terapéuticas en comunidades indígenas del país, implica evidentemente la coexistencia de por lo menos dos culturas distintas. Sin embargo, como se explica en el siguiente capítulo, los estudios dedicados a la relación médico-paciente y a sus características en diversos sistemas médicos, pusieron de manifiesto los complejos procesos que la misma tiene, aun cuando los actores involucrados pertenezcan a la misma cultura.

57 Martínez Cortés fue uno de los principales promotores de este cambio argumentando que era necesario “hacer del ejercicio de la medicina lo que en verdad debe ser, es decir, la aplicación de conocimientos biológicos y psíquicos al descubrimiento, identificación y manejo de problemas humanos que también —y siempre— tienen ese doble carácter” (Martínez Cortés, 1979:3).

Capítulo 6. Relación médico-paciente

La relación médico-paciente constituye una de las formas en que se manifiesta la coexistencia de sistemas etiológico-terapéuticos diversos. De hecho es posible considerarla como unidad de interacción mínima significativa, ya que está presente en todos los sistemas médicos.⁵⁸ Si bien dicha relación no es exclusiva de la medicina "científica", ha sido objeto de rigurosos análisis preferentemente en este ámbito, mediante el estudio del contexto inmediato en que dicha relación tiene lugar: la consulta médica.⁵⁹

La consulta médica ha sido extensamente estudiada por Pedro Laín Entralgo (ver 1964; 1983) quien la caracterizó como un proceso en el que el terapeuta idealmente debe desempeñar tres funciones principales: diagnóstico, planeación del tratamiento y esclarecimiento del problema de salud. Coincidiendo con Laín Entralgo, Vargas (1978) analizó la dinámica de la consulta médica en la medicina oficial distinguiendo tres etapas fundamentales; la primera de ellas iniciada cuando el enfermo adopta el rol de paciente y decide buscar ayuda profesional.

El autor explica que en dicha elección influyen múltiples factores como los posibles costos de la consulta, el reconocimiento social y la especialidad del médico en función del problema de salud percibido, entre otros. Vargas asegura que durante este proceso el enfermo crea una serie de expectativas que se acentúan justo antes de que se establezca el contacto entre ambos: cómo será la consulta, qué pedirá el médico, cuáles serán las indicaciones del mismo, etcétera. Pero probablemente, la más significativa de ellas sea a la que se refiere Laplantine:

Al acudir al terapeuta, el enfermo efectúa un acto de nominación (...) el hecho de poder designar la enfermedad por su nombre corriente entraña pues, la certeza de que, por así decirlo, se tiene entre manos la causa que la ha provocado (Laplantine, 2000:259).

Es durante la segunda etapa que se establece la interacción entre médico y paciente, marcando así el momento en el cual el médico tendrá que formular un diagnóstico, planear un tratamiento e informar al enfermo sobre su padecimiento. Idealmente, la relación llegará a su fin cuando se haya reestablecido la salud.

En México los sistemas de salud pública gubernamentales han sido objeto de severas

58 "La relación médico-paciente es el enlace a partir del cual se construye el nexo total del sistema médico; el eslabón menor de la compleja estructura donde enraízan los diversos patrones culturales ideados por un pueblo para contender con el accidente y la enfermedad" (Aguirre Betrán, 1994b:307).

59 Luis Alberto Vargas explica que la consulta médica ha sido definida como forma particular de la relación médico-paciente "que se establece entre una persona que presenta un problema de salud y otra que real o supuestamente se encuentra capacitado para resolverla y que cuenta con el respaldo social y cultural para desempeñar esa función. El objeto manifiesto de la relación es la solución de dicho problema de salud" (Vargas, 1978:13).

críticas, entre otras cosas porque en ellos la consulta médica generalmente no reúne de forma satisfactoria las características anteriormente descritas y, menos aún cumple con las expectativas de quien la ha solicitado.⁶⁰ Esta situación ha sido atribuida sobre todo a factores como los bajos sueldos del personal médico y el excesivo número de pacientes que debe atender, lo que tiene como consecuencia que el tiempo de espera sea prolongado y el tiempo de consulta insuficiente. Sin embargo, aun en el ámbito de la medicina privada –la cual dedica mayor tiempo al paciente durante la consulta– la interacción de enfermos y terapeutas no está exenta de problemas. De forma tal que, las deficiencias atribuidas a la relación médico-paciente en las instituciones médicas del Estado, son insuficientes para explicar el creciente descontento de los usuarios y su consecuente elección de otras formas terapéuticas. Algunos autores (entre ellos médicos institucionales) atribuyeron este descontento al proceso de profesionalización. Fernando Martínez Cortés (1978) incluso asegura que la preparación de los médicos favorece su disociación personal.

[se les enseña a actuar] como médicos únicamente como “entes de razón”, pero no de corazón y ven en el paciente nada más a un organismo biológico (Martínez Cortés, 1978:42).

Como se ha señalado, para el decenio de 1970 algunos médicos “científicos” consideraron necesaria la sustitución de su modelo biomédico, por uno biopsíquico y sociocultural. Como consecuencia, la consulta médica –y por tanto la relación médico-paciente– tendría que cambiar sus métodos y reformular sus objetivos. Respecto a estos últimos, Martínez Cortés (1978) enlistó los que consideraba fundamentales: 1) el conocimiento del *padecer* de una persona; 2) el conocimiento del paciente como unidad biopsíquica y sociocultural; 3) la identificación profesional del médico con su paciente y, por este medio, la comprensión de tal como persona; 4) el adecuado manejo de la relación transferencial y contratransferencial y; 5) la aplicación de modelos psicoterapéuticos.

A pesar de que sus objetivos no se acercan a los propuestos por Martínez Cortés, actualmente el sistema médico institucional procura diseñar sus estrategias tomando en cuenta factores sociales e intentando “humanizar” sus métodos. Sin embargo, la relación médico-paciente en este sistema enfrenta obstáculos mayores de carácter estructural, muchos de ellos estrechamente relacionados con la posición hegemónica que le otorga el hecho de ser la medicina del Estado.

En este sentido, el sistema médico de la sociedad hegemónica traducido en la “verdadera medicina” no sólo controla la forma en que deben ser entendidas las otras prácticas etiológico-terapéuticas, sino también la manera en que ella misma debe ser considerada. Así, durante su formación, al practicante de esta medicina se le inculca y reafirma una determinada idea de cómo se aprende y cómo se ejerce. De este modo se

60 Incluso, el actual Secretario de Salud, abogó hace unos años por una “nueva salud pública” (Frenk, 1993).

establece una clara relación entre el médico y un conocimiento al cual –con la idea de ciencia– se mitifica como un saber absoluto. Esto no le permite ser crítico respecto a su práctica durante la que buscando ser objetivo,⁶¹ suele ser distante con el enfermo quien percibe esto como desafección, arrogancia, falta de comunicación y mala atención.⁶²

En sociedades como la nuestra, el médico legitimado por el Estado desempeña su papel desde una posición de autoridad donde él es el que sabe y el enfermo quien obedece. El médico es la persona que con su saber está capacitado para decir de qué se sufre y cuál es el tratamiento adecuado. Por su parte, el enfermo no puede establecer una relación distinta con el médico, ni con el sistema de salud en su conjunto. Tiene que someterse a él y tratar de reflexionar sobre su enfermedad a partir de términos y conceptos que le son ajenos.

El médico como poseedor del conocimiento técnico científico para curar, apoyándose en conceptos biológicos con criterios cuantificables, verificables y experimentables (...) ubica la enfermedad y la cura a través de un acto instrumental solamente, la relación médico-paciente se convierte en un ejercicio de poder, su trabajo en una actividad normativa y sus conocimientos en valores aportados desde la ciencia (Cruz, et al, 1998:244).

El interés de la antropología, así como de disciplinas afines, por el estudio de la interacción entre enfermos y terapeutas se incrementó en gran medida a partir de los trabajos que al respecto hizo Talcott Parsons (ver 1957; 1966; 1972). Parsons (1972), a partir de la "teoría de la acción", caracterizó diferencialmente los roles del médico y del paciente en la sociedad industrial estadounidense.⁶³ Concluyó que la confrontación de ambos roles desemboca en la construcción de una relación de dependencia y subordinación extremas por parte del enfermo, frente a la autoridad y desafección del médico. La importancia que este investigador otorgó en su análisis al contexto cultural en el cual la relación médico-paciente tiene lugar, inspiró a algunos antropólogos mexicanos que para entonces, buscaban comprender el fracaso de la inserción de la medicina "científica" en comunidades indígenas del país.

Teniendo como premisa que los roles del médico y del paciente constituyen una unidad interdependiente en todos los sistemas médicos, pero que las formas adquiridas por

⁶¹ La filosofía de la ciencia ha cuestionado la pretendida objetividad de esta práctica. Sin embargo, al estudiante de medicina se le enseña que la ciencia es objetiva.

⁶² "Uno de los rasgos comprendidos en el rol del médico es justamente la independencia afectiva. Le guste o le disguste un paciente (...) [el practicante de la medicina liberal] trata la enfermedad objetivamente, despojada de valor, meramente como entidad nosológica" (Aguirre Beltrán, 1994b: 323).

⁶³ Parsons define rol como la unidad significativa de un sistema de acción constituida por "ese sector organizado de la orientación de un actor, que establece y circunscribe su participación en un proceso interactivo" y que comprende un conjunto de expectativas referentes tanto a las acciones del ego, como a las de los demás participantes de la interacción. Distingue el rol de la situación definiendo a esta última como la posición en la que se encuentra cada actor dentro de un proceso interactivo y desde la que percibe la totalidad de dicho proceso (Parsons, 1957:60).

la complementariedad de dichos roles son múltiples (Aguirre Beltrán, 1978), la antropología médica se dedicó al análisis de dicha relación en sistemas distintos al oficial (ver Anzures, 1978b; Baytelman, 1986; Mariño y Wiesner, 1998). Sin embargo, la adecuación de la medicina del Estado a la cultura de las regiones en las cuales se encontraba inserta, requería la realización de estudios que permitieran comprender la relación médico-paciente en situación intercultural.

Las investigaciones dedicadas a la relación médico-paciente en otros sistemas médicos, pusieron de manifiesto que en muchos de ellos ésta se presentaba menos autoritaria y más simétrica.⁶⁴ Efectivamente, en la biomedicina es especialmente notoria la condición subordinada del enfermo ante el conocimiento y autoridad del médico. Sin embargo, las descripciones etnográficas que se han hecho de las consultas en otros sistemas permiten suponer que en la mayoría de ellos el terapeuta igualmente ocupa un lugar privilegiado.⁶⁵ De este modo es posible afirmar que en todos los sistemas médicos (exceptuando obviamente el de autoatención) el terapeuta detenta el poder que le da el conocimiento. A él se acude porque es el que tiene el *don*, el que posee saber y el que está legitimado socialmente para ello.

La relación médico-paciente al interior de cualquier sistema médico, implica siempre el (des)encuentro entre por lo menos dos maneras distintas de entender la salud-enfermedad: la del terapeuta y la de quien a él acude. Si además en dicha relación los actores pertenecen a culturas diferentes, la interacción entre ambos será aún más difícil. En este sentido, los investigadores han señalado algunos de los factores que dificultan la relación entablada entre el médico "científico" y el paciente indígena.

Mario Humberto Ruz (1992) es uno de los investigadores que se han dedicado al estudio de la forma en que interactúan médicos y pacientes cuando no comparten la misma cultura. Él analizó la práctica médica ejercida por los *profesionales de la salud* en dos comunidades tojolabales, concluyendo entre otras cosas, que los problemas que se plantean en la relación médico-paciente en situación intercultural derivan de cuatro aspectos principales: 1) el manejo de una concepción anatomofisiológica distinta, 2) el empleo de diferentes categorías cognitivas en el sistema taxonómico de las enfermedades, 3) el escaso conocimiento que el médico institucional posee de la realidad sociocultural de su paciente y 4) el etnocentrismo que caracteriza al médico perteneciente a la sociedad dominante.

A las consideraciones de Ruz, puede agregarse que la tendencia por parte del médico "profesional" a considerar la relación médico-paciente como la interacción entre dos individuos, mientras que para el paciente indígena predomina la concepción social de la enfermedad, siendo ésta un suceso que afecta colectivamente de una u otra forma. Mariño

64 Ejemplo de ello es lo que, a propósito de la terapéutica "tradicional" en Yucatán afirma Ruth Gubler: "las relaciones entre curandero y paciente son informales y cordiales; no hay esa prisa y ese distanciamiento típico del gabinete del médico o la clínica" (Gubler, 1996:13).

65 Así lo dejan ver enunciados, comunes en las etnografías, como el siguiente: "los terapeutas en la medicina tradicional tiende a ser gente que ha llegado por medio de un llamado sobrenatural" (Ryeski, 1976:83).

y Wiesner (1998) explican esta contradicción argumentando que la sociedad hegemónica privilegia las relaciones entre individuos, lo que fortalece en el médico “científico” la idea de que el enfermo es un ser biológico sobre el cual recaen sus acciones, descartando el ámbito sociocultural al que éste pertenece.⁶⁶

En reiteradas ocasiones se han diseñado estrategias para vencer “barreras culturales” que impiden el éxito de los programas gubernamentales de salud sugiriendo, por ejemplo, que el conocimiento del idioma y de aspectos generales sobre la localidad, su cosmovisión y sus formas terapéuticas, permitirá al médico ser aceptado con mayor facilidad en la comunidad. Sin duda, las propuestas de dichos proyectos contribuirían con su aplicación a mejorar el desempeño de los médicos institucionales que atienden a población indígena. Sin embargo no debe esperarse con ello la desaparición de otras formas curativas, ya que su vigencia está relacionada con aspectos mucho más complejos.

Tampoco parece posible la completa integración de distintas formas curativas sobre todo por la condición hegemónica que ocupa la medicina “científica”, convirtiéndola en la única capacitada para determinar cuáles son las “verdaderas enfermedades”, cuáles sus causas y cuáles las formas que estima correctas para tratarlas. Del mismo modo, es esta medicina la encargada de evaluar si los otros sistemas médicos contribuyen realmente a reestablecer la salud de las personas, caso en el cual intenta subordinarlos mediante estrategias como la apropiación de algunos de sus recursos a los cuales considera “efectivamente curativos” o la creación de subprofesionales controlados.

Así, el etnocentrismo –presente en todos los grupos humanos, pero exacerbado en aquellos que detentan el poder– condujo a médicos y antropólogos a preguntarse asombrados por qué, a pesar de la presencia de la medicina “científica”, las personas siguen utilizando recursos de terapéuticas “tradicionales”, “populares”, “empíricas”. Responder a ello no ha sido fácil, pero hay algo en lo que convergen la mayoría de los autores y que puede resumirse de la siguiente forma:

El hecho de vivir y compartir con la comunidad sus problemas e intereses a todo nivel, de compartir una visión del mundo y por lo tanto un mismo lenguaje, hace que se acuda a [los terapeutas “tradicionales”] permanentemente aún cuando se tenga acceso a servicios médicos institucionales. [Por otro lado] el médico pertenece a un mundo diferente al que va a vivir en las localidades indígenas, su adiestramiento profesional está sólo en el caso clínico, poco en el hombre que lo padece y menos aún en la sociedad de la cual proviene (Mariño y Weisner, 1998:84-85).

66 Aguirre Beltrán (1994b) critica a Parsons no haber tomado en cuenta que en la relación médico-paciente, incluso en sociedades altamente industrializadas como la que dicho autor estudió, se encuentran involucrados otros actores, generalmente la familia.

Capítulo 7. Modelos de atención médica

La dinámica mediante la cual se vinculan sistemas médicos culturalmente distintos y las relaciones de poder que en dicha interacción impera, ha motivado diversas investigaciones en el ámbito de la antropología. (ver Álvarez, 1990; Finkler, 1981; 1992; Freyermuth, 1993). Sin embargo, por ser de especial interés, en este capítulo se abordará únicamente la propuesta teórica que en torno a la relación de distintos modelos de atención médica ha formulado Eduardo Menéndez (1992a).

Antes de exponer la propuesta de Menéndez es importante decir que este autor no ignora la dinámica al interior de los sistemas médicos que caracteriza. Sin embargo, descarta su análisis en primera instancia y centra su interés en los procesos de interacción mediante los cuales se vinculan éstos entre sí. Por ello se limita a realizar una "aproximación esquemática aunque global" en la cual los modelos propuestos deben ser referidos a las fuerzas sociales y políticas que tienen como contexto:⁶⁷

Los modelos médicos propuestos son instrumentos en los cuales la dinámica de los procesos que éstos representan está, por así decirlo, entre paréntesis; pero todos los modelos estudiados, aún el denominado frecuentemente como "tradicional", son considerados como dinámicos y en proceso de transformación. (...) Desde esta perspectiva [la interacción entre ellos y la crisis del modelo médico "científico"] son concebidas como procesos sociales (Menéndez, 1992a:100-101).

Menéndez propone a partir de una serie de rasgos estructurales, tres modelos médicos a los cuales denomina *modelo hegemónico*, *modelo alternativo subordinado* y *modelo de atención basado en la autoatención*.⁶⁸ La finalidad es analizar la forma en que dichos modelos se vinculan y la función que desempeña en este proceso la expansión de uno de ellos, a saber del modelo médico hegemónico. Durante esta sección se expone y analiza la propuesta de Menéndez realizando una serie de reflexiones en torno a ella.

El autor ha caracterizado los diferentes modelos de atención médica partiendo de aquel al que ha denominado modelo médico hegemónico (MMH). Este modelo, al cual pertenecen los proyectos de salud institucionales en América Latina, está conformado por

67 Menéndez tiene como referencia el trabajo de campo que ha realizado en Yucatán. Algunos de los resultados que obtuvo están contenidos en su libro *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán* (Menéndez, 1981).

68 Menéndez entiende por modelo "un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico. Por modelos médicos entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos, no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los curadores (incluidos los médicos) sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento" (Menéndez, 1992a:101).

tres submodelos –*individual privado, corporativo público y corporativo privado*– que comparten los siguientes caracteres estructurales:

- Biologismo
- concepción teórica evolucionista-positivista
- ahistoricidad
- asocialidad
- individualismo
- eficacia pragmática
- la salud como mercancía (en términos directos o indirectos)
- relación asimétrica en el vínculo médico-paciente
- participación subordinada y pasiva de los consumidores en las acciones de salud
- producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico
- legitimación jurídica y académica de las otras prácticas curadoras
- profesionalización formalizada
- identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos
- tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las cuales medicaliza
- normatización de la salud-enfermedad en sentido medicalizador
- tendencia al control social e ideológico
- tendencia a la escisión entre teórica y práctica correlativa a la tendencia a escindir la práctica de la investigación

Los submodelos corporativos –público y privado– se caracterizan también por la jerarquización de relaciones internas y externas en su organización, el burocratismo y la disminución de responsabilidades causada por la creciente tendencia a priorizar criterios de productividad en la atención médica. El submodelo corporativo público presenta a su vez caracteres particulares: es preventivo más que curativo, tiende a actuar sobre el medio y no sobre los individuos, intenta la subordinación de otros modelos mediante la creación de subprofesionales controlados y, dirige las legitimaciones políticas e ideológicas del sector salud.

Si bien los modelos privados tienden a la exclusión y deslegitimación de los otros modelos, el modelo corporativo público se ve involucrado en un proceso mediante el cual las prácticas médicas “alternativas” son preferentemente transformadas, apropiadas y subordinadas. Proceso que generalmente se constituye como respuesta necesaria para extender la cobertura del sistema médico institucional.

El siguiente modelo caracterizado por Menéndez es el alternativo subordinado, el autor considera que éste no sólo presenta rasgos similares a los reconocidos en el modelo médico hegemónico, sino que incluso tiende a identificarse con él. Las características básicas del modelo alternativo subordinado son:

- concepción globalizadora de los padecimientos y problemas (las acciones terapéuticas suponen casi siempre la eficacia simbólica y la sociabilidad como condicionantes de la eficacia)
- tendencia al pragmatismo
- ahistoricidad
- asimetría en la relación curador-paciente
- participación subordinada de los consumidores
- legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas
- identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica
- tendencia a excluir a otros de su conocimiento y prácticas curativas
- tendencia a la mercantilización

Al interior del modelo médico alternativo subordinado se encuentran distintas prácticas médicas: aquellas desarrolladas al margen del sistema médico "occidental", las que conforman lo que se conoce como medicina "tradicional" y las terapéuticas derivadas del propio modelo médico hegemónico. Agrupar prácticas médicas tan diversas permite que en algunos casos no se compartan totalmente los rasgos estructurales atribuidos al modelo de pertenencia. Sin embargo, Menéndez argumenta que todas estas formas curativas tienen en común (aunque en diferente grado) la influencia que ejerce sobre ellas el modelo médico hegemónico al intentar subordinarlas ideológicamente:

La razón de agrupar en este modelo [distintas formas terapéuticas] radica en que varias de ellas son claramente derivados del MMH y las otras prácticas o saberes reciben cada vez más influencia de dicho modelo hegemónico. Teóricamente puede llegar a ocurrirles el mismo proceso de apropiación que se produjo con la quiropráctica o con la homeopatía (Menéndez, 1992a:103).

Las prácticas de autoatención conforman el tercer modelo caracterizado por Menéndez al cual denomina modelo de atención basado en la autoatención.⁶⁹ En este modelo el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad está a cargo del propio paciente o de grupos parentales cercanos sin la participación de "curadores" reconocidos como tales por la comunidad. Por constituir el primer nivel real de atención en la trayectoria del enfermo, este modelo es estructural a toda la sociedad y se encuentra en la base de los anteriores. Menéndez considera que este modelo está basado, no sólo en funciones curativas, sino sobre todo en funciones socioeconómicas de las comunidades donde opera.⁷⁰ Los caracteres estructurales

69 La pasividad, como estrategia para remediar la enfermedad, se considera una forma de autoatención.

70 La autoatención "supone la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico-familiar (...). La autoatención (...) se refiere en términos teóricos a la actividad de un grupo primario y no de una persona" (Menéndez, 1992b:154).

del modelo de atención basado en la autoatención distinguidos por el autor son:

- eficacia pragmática
- concepción de la salud como bien de uso y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía
- estructuración de una participación simétrica y homogeneizante
- legitimidad grupal y comunal
- concepción basada en la experiencia
- tendencia a la apropiación tradicional de las prácticas médicas
- tendencia sintetizadora
- tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos

Como se ha mencionado, la interacción de los modelos y submodelos caracterizados anteriormente está estrechamente relacionada con el proceso de expansión del modelo médico hegemónico. La premisa de la que parte Menéndez es que el desarrollo del capitalismo ha conducido a la emergencia de diversos modelos de atención médica, algunos de ellos derivados de la propia medicina "científica". Ante este surgimiento, el modelo médico hegemónico intenta la exclusión ideológica y jurídica de los modelos alternativos. El conflicto que esta dinámica supone se resuelve en la práctica social mediante un complejo proceso de transformación y apropiación, del cual generalmente resulta la subordinación de los modelos emergentes:

La expansión del MMH se genera conflictivamente (...) dicho conflicto supone en la mayoría de los casos soluciones de complementariedad y no la emergencia de procesos contradictorios entre el MMH y los alternativos (...) La organización social ideológica y política económica que opera tanto sobre las prácticas médicas, como sobre el conjunto del sistema, tiende a producir, más que la exclusión de los modelos alternativos, la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica al MMH (Menéndez, 1992a:98).

Si bien el interés de Menéndez es la comprensión de las formas como estos modelos de atención médica interaccionan, su análisis se centra en las estrategias que el modelo médico hegemónico ha creado para lograr su expansión. Explica que es en el ámbito de la práctica médica individual privada donde inició el proceso de hegemonización del modelo "científico" de atención médica:

Dada su identificación con los estratos dominantes [y] su apropiación de la enfermedad como mercancía (...) será este submodelo [individual privado] el encargado de descalificar, negar

o marginar las actividades de atención y curación alternativas. La legitimación para estigmatizar a un modelo alternativo la obtiene parcialmente por las funciones de control social e ideológico que potencialmente puede ejercer respecto del conjunto de los estratos sociales. Estas funciones se manifiestan [en principio] a través de la práctica profesional privada (Menéndez, 1992a:105).

En los contextos capitalistas, la clase obrera y los dueños de los medios de producción requieren una organización encargada de la salud del trabajador que por tanto, contribuya a la productividad de la mano de obra. Estas condiciones marcan el surgimiento de instituciones de salud pública que quedan a cargo de ejercer el control social necesario para la legitimación del modelo médico hegemónico. Con la finalidad de garantizar la expansión de la medicina "científica", el Estado desempeña una función cada vez más directa en el monopolio de la atención a la salud, así la hegemonía del modelo médico institucional se manifiesta en el control y subordinación que ejerce mediante los denominados planes de extensión de cobertura.

El desarrollo capitalista conducirá (...) a la emergencia del submodelo corporativo público, que tiende a asumir las condiciones sociales y económicas de la atención curativa, a proponer criterios de organización social de prevención, y a opacar las relaciones de cambio dominantes en el área de salud (Menéndez, 1992a:106).

En México y en general en los países que tienen un sistema capitalista dependiente, la expansión del modelo médico hegemónico se da en términos ideológicos más que prácticos. Teniendo como fundamento la "racionalidad científica" y un proceso de profesionalización legitimado por el Estado, las prácticas terapéuticas "alternativas" son más que excluidas, subordinadas por el modelo médico hegemónico. La forma en la cual este proceso de subordinación funciona es explicado por Menéndez de la siguiente manera:

Con los procesos transaccionales que operan entre los tres modelos (...) se da una transformación conjunta a partir de la incorporación dinámica, por los "modelos subordinados", de cada vez mayores elementos prácticos e ideológicos del MMH (Menéndez, 1992a:109).

Sin embargo, a pesar de la creciente influencia del modelo médico hegemónico en los otros, es innegable que éstos siguen teniendo vigencia y que se encuentra aún lejana la posibilidad de que sean excluidos o subordinados por completo. Para Menéndez, el contexto político

y económico de los modelos estudiados está relacionado con las formas y el grado de expansión que tendrá el modelo hegemónico. Razón por la cual este autor considera que en los países de América Latina, la permanencia de formas curativas “tradicionales” y el auge de otras prácticas médicas “alternativas” se debe en gran medida a factores socioeconómicos:

El contraste entre legitimación ideológica y acciones prácticas se hará más evidente en nuestros países, donde la estigmatización de las prácticas alternativas no puede ir más allá de la sanción ideológica, dado que son las condiciones mismas de los conjuntos sociales subalternos las que de hecho estimulan el desarrollo de las prácticas alternativas. (...) Debe subrayarse que la extensión y permanencia de los otros dos modelos no hegemónicos no es producto, salvo en contados casos, de resistencias contraculturales, sino que los mismos se mantienen y reproducen por su relativa eficacia, por su reconocimiento social y por ser frecuentemente los únicos con que cuenta una parte de la población (Menéndez, 1992a:106-107).

Si bien es cierto que los factores sociopolíticos y económicos resultan fundamentales para comprender los procesos de interacción entre dispositivos médicos, difícilmente explican en su totalidad la permanencia y extensión de los modelos no hegemónicos. Desde una perspectiva antropológica, el manejo de la enfermedad así como la forma en que se concibe la salud, son producto de la cultura y, aunque Menéndez no lo ignora,⁷¹ parece considerar que los factores propiamente culturales se manifiestan sólo en la dinámica interior de cada modelo.

Por otra parte, el difícil acceso a los recursos médicos ofrecidos por el Estado, no puede explicar la vigencia de otros sistemas médicos en aquellos lugares que sí cuentan con instituciones de salud gubernamentales. Aparentemente existen otros factores que explican su permanencia, algunos de ellos relacionados precisamente con los procesos que Menéndez descarta para la mayoría de los casos. En relación con esto cabe recordar lo que Guillermo Bonfil Batalla (1991) sugiere en su “teoría de la resistencia”:

La extensión del sistema escolar, las comunicaciones, los servicios médicos y los nuevos frentes de expansión y explotación económica, han enfrentado a los pueblos indios con situaciones novedosas que los obligan a desarrollar estrategias distintas para sobrevivir como unidades sociales culturalmente diferenciadas (Bonfil, 1991:28).

71 Incluso plantea su importancia al afirmar que los modelos de atención médica caracterizados deben ser referidos a casos específicos.

Según el mismo autor, el hecho de que tales procesos alteren las culturas de los pueblos indios no significa que dichas culturas dejarán de ser entidades diferenciadas dentro de las sociedades latinoamericanas, ya que las mismas se organizan teniendo como eje una matriz cultural. En este sentido, habría que analizar la función que identidad y cosmovisión desempeñan en la vigencia de formas médicas "no occidentales".

Por otra parte, cuando se incluye en el análisis la dimensión etiológica a la cual responden los dispositivos diseñados para enfrentar la enfermedad, se pone de manifiesto la relevante función que desempeñan factores culturales como los identitarios en los procesos de interacción. Si se considera, como lo hace Laplantine (2000), que la estrategia terapéutica generalmente responde a la etiología atribuida,⁷² es posible afirmar que la forma en la cual la gente hace uso de los distintos recursos médicos a los cuales tiene acceso, está relacionada con la causalidad que explica la enfermedad que será atendida.

De igual modo, los recursos del modelo médico hegemónico serán adoptados, adaptados o rechazados por los sistemas terapéuticos locales según el grado de *congruencia cultural* que tienen con las causas que se atribuyen a las distintas enfermedades. Esta es una de las razones por las cuales se considera necesario el estudio de los procesos de interacción entre sistemas etiológico-terapéuticos y no, entre modelos de atención médica. Objetivo que se acerca a los de la propuesta de François Laplantine, expuesta en el siguiente capítulo.

72 "Al especificismo patológico corresponde un especificismo terapéutico y a la entidad mórbida, la entidad del remedio" (Laplantine, 2000:290).

Capítulo 8. Modelos etiológicos y terapéuticos

La conformación de herramientas teóricas que permitan el análisis de casos específicos es un objetivo que tienen en común Eduardo Menéndez y François Laplantine. Sin embargo, sus propuestas difieren de manera sustancial en primera instancia porque –como se explicó con anterioridad– Menéndez se interesa por la vinculación entre modelos médicos, mientras que Laplantine se propone el estudio de los procesos de interacción entre representaciones etiológico-terapéuticas.

El planteamiento de un objeto de estudio sutilmente distinto, no implica desinterés por parte de Laplantine en los vínculos entre diferentes sistemas médicos y la posición dominante ocupada por algunos de ellos. Pero, a diferencia de Menéndez, Laplantine considera insuficiente la distinción entre medicina oficial y medicinas “alternativas”. De modo tal que incluye, como parte fundamental del análisis en una sociedad específica, la *ubicación en campo* de los sistemas y subsistemas dominantes, dominados o rechazados:

[para el estudio de los sistemas etiológico-terapéuticos de una sociedad determinada] No será suficiente distinguir de modo sumario entre “medicina oficial” y “medicinas paralelas” pues en el interior de la primera de hecho existen muchas medicinas, gobernadas por modelos a veces resueltamente antinómicos. En cuanto a las segundas, constituyen un campo diversificado en extremo, más bien caracterizado por el antagonismo que por la convergencia. [Por tanto] convendrá observar con precisión cuáles son (...) los sistemas médicos dominantes así como sus subsistemas, los sistemas y subsistemas médicos dominados o que tienden a ser anexados por los anteriores o por uno de ellos, y también los sistemas aparentemente inexistentes, es decir, relegados a la periferia de la sociedad, incluso rechazados, pero que no están menos presentes (Laplantine, 2000:15).

Laplantine se propone descubrir las “formas elementales de la enfermedad y la curación” con la intención de construir modelos teóricos. Para ello centra su interés en el análisis de las representaciones que, en torno a ambas, tienen enfermos y terapeutas.⁷³ La premisa de la que parte es que, si bien las interpretaciones etiológico-terapéuticas son esencialmente variables –lo que hace que parezcan prácticamente infinitas a nivel empírico– en ellas hay también constantes significativas.

⁷³ La propuesta de Laplantine es resultado de entrevistas a pacientes y médicos alópatas en la ciudad francesa de Lyon, así como del análisis de un vasto número de obras literarias en las que sus autores ofrecen –mediante del discurso emitido por los personajes– distintas representaciones etiológico-terapéuticas. Sin embargo el estudio de Laplantine no tiene como objeto la relación médico-paciente: “El propósito es estudiar la enfermedad y la curación interiormente examinadas, fantaseadas, representadas, esto es vitalmente experimentadas” (Laplantine, 2000:21).

Es así, que dichas formas elementales de la enfermedad y la curación pueden constituir instrumentos analíticos operativos que, en el caso de Laplantine, son presentados como modelos etiológicos y terapéuticos binarios diferenciados mediante oposición.⁷⁴ Para que las múltiples formas como se presentan las interpretaciones de la enfermedad y la curación puedan ser reducidas a un número limitado de constantes, el autor considera necesario identificar en el discurso (emitido tanto por el enfermo como por el médico) el núcleo de significado expresado a partir de una opción etiológica y terapéutica.⁷⁵

la variabilidad extrema de los modos de imputación causal, así como de las respuestas terapéuticas ofrecidas, no debe ocultarnos que la interpretación de la enfermedad y la curación, en su mismo proceso de elaboración, no tiene a su disposición más que un número limitado de términos (Laplantine, 2000:44).

Los modelos etiológicos y terapéuticos propuestos por Laplantine cumplen con tres exigencias principales: ser distintos a las normas interpretativas elaboradas por las diferentes culturas, provenir de una ruptura epistemológica con respecto a la realidad empírica y, poseer un carácter metacultural. En cuanto a la primera de estas condiciones el autor explica que en todas las sociedades existen modelos interpretativos contruidos, teorizados y elaborados por las distintas culturas. Esto permite concluir que cierto número de representaciones conscientes son modelos en sentido estricto. Sin embargo, la mayoría de la veces dichas interpretaciones constituyen únicamente normas culturales eminentemente relativas, por lo cual no poseen el carácter operativo requerido para una investigación antropológica.⁷⁶

La segunda exigencia responde precisamente al carácter operativo de los modelos que propone el autor. Enfatiza en que se trata de construcciones teóricas, equivalentes a hipótesis de búsqueda, elaboradas a partir de la ruptura epistemológica con relación a lo que se vivencia. Por lo tanto, dichas construcciones no pueden sustituir la realidad empírica puesto que tienen por objeto explicarla y comprenderla. Finalmente, para Laplantine es requisito indispensable que los modelos posean un carácter metacultural ya que los mismos pretenden conformarse como herramientas útiles para el análisis de los sistemas etiológico-terapéuticos en cualquier sociedad.

Así, la sustracción del núcleo de significado de los discursos recogidos permite a

74 "Las interpretaciones de la patogenia y la terapia son esencialmente variables de una sociedad a otra, de un individuo a otro, e incluso eminentemente dinámicas en una misma sociedad. (...) [Sin embargo] en esas interpretaciones hay también permanencias, constantes o, invariantes perfectamente discernibles" (Laplantine, 2000:13-14).

75 Louis-Vincent Thomas describe los modelos teóricos de Laplantine de la siguiente forma: "[Laplantine hace una clasificación de las formas elementales de la enfermedad y la curación con el objeto de construir modelos teóricos] a mitad de camino entre las tipologías a la manera de Foster o Murdock y las estructuras formales y operativas que persigue Levi-Strauss" (Laplantine, 2000:9).

76 "[Por todas estas razones], el trabajo del antropólogo médico consiste en develar, lo que según los cánones sociales, debe permanecer oculto. Especialmente nos conduce a no abandonar la reflexión acerca de la enfermedad a las pretensiones de la filosofía, de las ideologías, de las religiones y del discurso oficial de la (bio) medicina" (Laplantine, 2000:39-40).

Laplantine identificar una serie de términos clave opuestos, mediante los cuales se hace posible la construcción de los modelos etiológicos y terapéuticos. Dichos términos son enlistados a continuación:

Cosa	Sociedad
Sustancia	Relación
Interior	Exterior
Naturaleza	Cultura
Sentido	Sin sentido
Bueno	Malo
Homogéneo	Heterogéneo
Individual	Social
Aditivo	Sustractivo
Dualismo	Monismo
Alteridad	Alteración
Cantidad	Cualidad
Semejante	Contrario
Inhibición	Estimulación

Los modelos consisten en la organización particular de un cierto número de relaciones entre los términos que los identifican.⁷⁷ Según este autor las combinaciones efectuadas entre estos términos son siempre constantes, lo que permite la construcción de cuatro grupos de modelos etiológicos y cuatro grupos de modelos terapéuticos que se organizan respectivamente en cuatro parejas de opuestos:⁷⁸

Modelos etiológicos

1. Ontológico/ Relacional
2. Exógeno / Endógeno
3. Sustractivo / Aditivo
4. Benéfico / Maléfico

Modelos terapéuticos

1. Alopático / Homeopático
2. Exorcista / Adorcista
3. Aditivo / Sustractivo
4. Sedante / Excitante

El primer modelo etiológico se encuentra conformado por las representaciones ontológica y relacional (o funcional) de la enfermedad. Ambos tipos de representación corresponden a lo que Laplantine distingue como dos grandes tendencias en el campo de la imputación etiológica: aquellas medicinas que se centran en la enfermedad y las que lo hacen en el sujeto enfermo.

⁷⁷ Laplantine define los modelos etiológicos y terapéuticos que propone como matrices consistentes "en cierta combinación de relaciones de sentido que gobiernan, muy a menudo a pesar de los actores sociales, soluciones originales, diferentes e irreductibles, para responder al problema de la enfermedad" (Laplantine, 2000:45-46).

⁷⁸ Los modelos propuestos por Laplantine se exponen de forma esquemática dividiéndolos en dos grupos –etiológicos y terapéuticos– sin embargo se encuentran estrechamente relacionados entre sí. De hecho, la relación que existe entre ellos es tanto horizontal como vertical, de tal modo que permite múltiples combinaciones.

En los sistemas médicos centrados en la enfermedad generalmente las representaciones etiológicas se encuentran regidas por un sistema ontológico. Bajo este rubro se agrupan sistemas y subsistemas que tienen en común no considerar al individuo como responsable de la enfermedad que lo aqueja, ya que ésta es un ser independiente del sujeto. Cuando la enfermedad es entendida de esta forma, comúnmente el criterio que rige es geográfico: se le considera aislable y localizable. En cambio, los sistemas médicos centrados en el enfermo privilegian la explicación relacional. En ésta se implica al sujeto como causante –directa o indirectamente– de su enfermedad, lo que supone un sentido histórico de la misma.

[La comprensión ontológica de la enfermedad] hace referencia a la geografía –la localización de la causa, el origen del agente responsable, la determinación del asiento y la espacialización regional de las enfermedades en el cuerpo– y siempre está articulada a un proyecto nosológico (...) [Con la comprensión funcional de la enfermedad] nos encontramos en presencia de un pensamiento vuelto resueltamente hacia la historia (...) se centra [ya sea] sobre el relato del individuo que, en el marco de su propia temporalidad, cuenta la génesis de su sufrimiento, describe los procesos de maduración y evolución de su enfermedad; [o] en la escucha y luego en la reconstitución de una genealogía por el terapeuta, que ofrece un diagnóstico y formula un pronóstico (Laplantine, 2000: 69-70).

En la representación relacional, lo normal y lo patológico se piensan en términos de armonía o desarmonía, de equilibrio y desequilibrio. La enfermedad ya no es una entidad enemiga (como lo es en la explicación ontológica) sino un desarreglo por exceso o por defecto. El hombre necesita encontrarse en armonía, no sólo a nivel orgánico, sino también con relación al cosmos y a su medio social ya que la ruptura del equilibrio en cualquiera de estos niveles enferma.

La relación del hombre con el universo es sumamente importante. La desarmonía entre microcosmos (sujeto, grupo parental o comunidad) y macrocosmos causa enfermedades para las cuales el proceso de curación consiste en reestablecer el equilibrio cósmico. Cuando la ruptura del equilibrio es entre el hombre y su medio social, la enfermedad suele explicarse con dos tipos de formulaciones: la religiosa y la mágica.

En la concepción religiosa la enfermedad es al mismo tiempo una advertencia que hace suponer que se ha cometido una infracción (voluntaria o involuntaria); una violación al orden que exige su reparación. Por lo tanto, en esta concepción de la enfermedad la comunidad en su conjunto se ve involucrada y se considera está puesta en peligro. En la formulación mágica la comprensión de los síntomas son designados como sortilegios y, generalmente,

la curación consiste en expulsarlos devolviéndolos hacia quien los ha emitido. La dimensión social de esta última forma de comprender la enfermedad remite necesariamente a las relaciones que el individuo entabla con los miembros de su comunidad.⁷⁹

El segundo modelo etiológico está formado por la dupla exógeno/endógeno. El primer término se refiere a las representaciones que consideran la enfermedad como resultado de una intervención exterior. En cambio, el segundo insiste sobre la causalidad interna de la enfermedad con nociones como temperamento, herencia y predisposición. En la representación exógena, la enfermedad es un accidente debido a la acción de un elemento (real o simbólico) extraño al enfermo que, proveniente del exterior, se abate sobre él. Esta forma de concebir la enfermedad puede dividirse en dos grupos de significaciones, correspondientes a lo que Foster nominó sistemas personalistas y naturalistas. Laplantine los explica de la siguiente forma:

1) la enfermedad tiene su origen en la voluntad malvada de una potencia antropomórfica o antropomorfizada: brujo, genio, espíritu, el Diablo, más aún el propio Dios que interviene bajo la forma de destino. Los procesos patológicos y terapéuticos se piensan en términos de relaciones humanas o suprahumanas y la medicina se considera como sociomedicina. 2) La enfermedad se origina en un agente nocivo pero concebido esta vez como "natural" (...) [donde las relaciones ser humano-ambiente físico y ser humano-ambiente químico o bioquímico (nutrición) desempeñan una función importante]. (...) [En estas representaciones] se tiene una comprensión biomédica o ecomédica de la enfermedad y aparecen como un progreso con relación a las precedentes (Laplantine, 2000:79-80).

En el modelo endógeno, la enfermedad se desplaza del lado del individuo y ya no se considera como una entidad que le es extraña sino proveniente del interior del sujeto, quien incluso la crea. Esta forma de concebir la enfermedad es más común en sociedades que privilegian al individuo sobre la colectividad.⁸⁰

La tercera dupla correspondiente a los modelos etiológicos se conforma de las concepciones aditivas y sustractivas. El modelo aditivo adjudica la enfermedad a la presencia

79 Por ejemplo, los rarámuri consideran que la envidia enferma directamente a quien la siente, pero también a quien la provoca teniendo más de lo necesario. En el primer caso, el sentimiento de envidia es sancionado con la enfermedad enviada por deidades. En el segundo es el sortilegio de quien tiene envidia el que enferma al individuo. En ambos casos subyacen normas sociales de convivencia.

80 "La imposibilidad cultural de pensar al individuo (...) como ser independiente del grupo [así como] (...) la dificultad psicológica, en la sociedad que ha optado por un modelo individualista, de comprender la causalidad mórbida de otro modelo que no sea la proyección de la externalización, explican que las diferentes representaciones ligadas al primado de lo endógeno, son desde el punto de vista etnográfico, infinitamente menos difundidas que las representaciones inversas" (Laplantine, 2000:110).

de algo que es adquirido por el sujeto, algo que se suma, una cosa en exceso, un incremento no deseado. En cambio, el modelo sustractivo considera que la enfermedad es producto de la carencia de algo que ha salido del sujeto, que se resta, que falta y que debe ser restituido. Laplantine asegura que en el modelo médico "científico" actual, la enfermedad se percibe de manera preferente como presencia, más que como ausencia.

Finalmente, la última dupla etiológica está conformada por los modelos maléfico y benéfico. En ellos, la enfermedad y la salud no son hechos objetivos ya que parten de la idea de normalidad que cada sociedad construye:

Estar enfermo o con buena salud son nociones rebozantes de significaciones (económicas, políticas, morales, religiosas, existenciales) pero toda sociedad opta por cierta idea de normalidad, que se acompaña necesariamente por una normatividad, y en algunos casos por alguna regulación de los comportamientos (Laplantine, 2000:120).

En el modelo maléfico, la enfermedad es producto de lo anormal y no se le adjudica una función o un sentido. La enfermedad es nociva, perjudicial e indeseable, razones suficientes para combatirla, ya sea frontal o colateralmente. También es objeto de vergüenza y escándalo, por lo cual el sujeto se siente devaluado socialmente. En cambio, en el modelo benéfico la enfermedad no posee un valor, pero sí un sentido y el síntoma no es una aberración a suprimir sino un mensaje a escuchar:

[en el modelo benéfico, la enfermedad] se considera un intento de restauración del equilibrio perturbado e incluso, en ciertos casos, como un aprendizaje que exalta y enriquece (Laplantine, 2000:135).

En los modelos terapéuticos propuestos por Laplantine se agrupan las distintas estrategias que las sociedades construyen para responder a las concepciones etiológicas que han desarrollado. Las representaciones alopáticas y homeopáticas, conforman la primera dupla terapéutica.

El modelo homeopático basa la curación en la reactivación de los síntomas por los semejantes; es decir, desata la crisis por la cual se atraviesa tratándola en el mismo sentido que la enfermedad. En el modelo alópata la intención es anular los síntomas mediante los contrarios. Estas últimas generalmente son terapias agresivas y frontales que pretenden anular radicalmente la causa de la enfermedad. Como consecuencia suelen ser hiperintervencionistas y tener un alto grado de iatrogenia.

La segunda dupla terapéutica está formada por los modelos aditivo y sustractivo. Aquí, la representación medicinal es rigurosamente opuesta con respecto a la representación

causal. Ambos modelos terapéuticos consideran el equilibrio como restaurador de la enfermedad: en el aditivo se agrega lo que falta y en el sustractivo se extrae lo que sobra.

El tercer binomio de los modelos terapéuticos lo conforman las representaciones exorcista y adorcista de la curación. Éstas comprometen al “curador” de forma más profunda que los otros modelos, ya que se encuentran estrechamente relacionadas con el ámbito de lo sagrado. En el modelo exorcista el terapeuta combate a la enfermedad, vista como el mal absoluto, con la finalidad de alejarla del cuerpo o espíritu del paciente quien tiene una actitud más bien pasiva:

[En el modelo exorcista] el terapeuta es un combatiente comprometido en una verdadera guerra contra la enfermedad (Laplantine, 2000:215).

En cambio, en el modelo adorcista el terapeuta se convierte en un asistente o iniciador del enfermo, quien es el que realmente trata con su propia enfermedad. La acción terapéutica consiste en aceptar la ruptura del equilibrio. Aquí, la enfermedad es incluso codiciada porque se considera como un nivel superior de existencia.

Por último, los modelos terapéuticos sedante y excitante suponen una comprensión disfuncional de la enfermedad. Se trata de terapias reguladoras que buscan acelerar o moderar, inhibir o estimular un proceso funcional. Se intenta un cambio, más que cualitativo, cuantitativo.

Mediante la combinación de éstos modelos teóricos, a partir de las múltiples relaciones posibles entre ellos, Laplantine va tejiendo una imbricada red que da cuenta del complejo universo etiológico-terapéutico en la sociedad francesa contemporánea y plantea una serie de consideraciones –abordadas con mayor detalle a continuación– que se consideran fundamentales para el estudio de sistemas etiológico-terapéuticos coexistentes.

Del mismo modo en que la antropología médica ha dedicado la mayoría de sus investigaciones a alguno de los ámbitos de interacción distinguidos y no al conjunto de ellos, también suele privilegiarse en el análisis la dimensión terapéutica de los sistemas médicos, sin otorgarle igual importancia a la parte etiológica de los mismos. Sin embargo, aún en la relación que entablan médicos y pacientes pertenecientes a una misma cultura la enfermedad se adjudica a distintas causas. En este sentido, Laplantine es aún más radical en su planteamiento:

[Generalmente] el diagnóstico de boca del hombre de ciencia es casi de inmediato reintegrado y reinterpretado en el esquema de una etiología subjetiva (pero simultáneamente social) que, para decir lo menos, no se superpone en forma rigurosa a la del médico (Laplantine, 2000:254).

A su vez, las explicaciones de la enfermedad condicionan en gran medida la formas curativas a las que se recurre para combatirla.⁸¹ Por tanto, incluir en el análisis la dimensión etiológica como parte constituyente de los sistemas médicos, permite una mejor comprensión de los procesos que hacen posible la coexistencia de estos últimos. Desafortunadamente, en los estudios que sí incluyen la parte etiológica de los sistemas médicos –sobre todo en aquellos dedicados a la relación médico-paciente– es común que ésta sea referida exclusivamente a las explicaciones que la medicina “científica” brinda, descartando así las interpretaciones de los enfermos. En este sentido, coincidiendo con Laplantine,⁸² se considera que la explicaciones brindadas por los pacientes resultan fundamentales cuando de un estudio antropológico se trata:

la interpretación de la enfermedad es un fenómeno no exclusivo del especialista sino absolutamente de todo el mundo, (...) el punto de vista de los clientes (o de los consumidores), la mayor parte del tiempo se aprecia como una fuente de ignorancia o desconocimiento por referencia a esta medicina (...) al lado de la enfermedad concebida como objeto del conocimiento científico –esto es como acto de objetivación de un saber positivo– (...) es científicamente necesario que una verdadera antropología de la salud se coloque también al lado del enfermo, que no solamente puede sino que debe ser examinado en sí mismo como un auténtico polo de conocimiento (Laplantine, 2000:21).

Aún menos frecuente es el análisis de la dimensión subjetiva implícita en el discurso “científico” de los propios médicos. Sin embargo, la biomedicina –o cualquier otra manifestación de la ciencia– no es totalmente objetiva como se pretende, ni los médicos son inmunes a sus propias representaciones culturales.⁸³ Por tanto, éstas deben ser igualmente objeto de estudio para la disciplina. Con la finalidad de analizar la totalidad de los discursos obtenidos –incluidas aquellas explicaciones *no oficiales* y subjetivas de los médicos– este autor propone realizar el estudio de las representaciones etiológicas y terapéuticas, a partir de la ubicación discursiva de quien las formula:

81 Es posible encontrar casos en los que causa y tratamiento sean completamente independientes entre sí, lo que hace imposible identificar un sistema global formado por el conjunto etiológico-terapéutico, sin embargo la mayoría de las veces esta relación existe. “Muy a menudo, la representación etiológica domina la representación terapéutica (...) el diagnóstico determina la naturaleza del tratamiento (...) Se estima que para intervenir con eficacia y perdurabilidad se debe conocer previamente la causa de la enfermedad” (Laplantine, 2000:238).

82 Como se ha mencionado, Laplantine busca analizar las representaciones en torno a la enfermedad y la curación, tal como son experimentadas empíricamente por los interesados (los que atienden y los que son atendidos), en sus verdaderos modelos etiológico-terapéutico. Para ello realiza un estudio comparativo de los diversos discursos y prácticas presentes en el ámbito de la interpretación del origen (supuesto o real) de la enfermedad, así como de la respuesta terapéutica ofrecida o considerada.

83 Cualquier médico incluso en su práctica de diagnóstico, en el tratamiento que administra y obviamente en su propia experiencia de la enfermedad posee también una comprensión no (bio) médica de la patología y de la terapia” (Laplantine, 2000:21).

[Se analiza] la enfermedad en tercera persona, es decir el conocimiento médico “objetivo” o lo que a veces también se denomina “valores médicos” y, la enfermedad en primera persona (...) el estudio de la subjetividad del enfermo, que interpreta a sí mismo lo procesos que hacen que él se “sienta mal” o “en plena forma”; como así mismo de la subjetividad del médico” (Laplantine, 2000:18).

Si bien, la investigación de Laplantine tiene como contexto la sociedad contemporánea francesa –en donde médicos y enfermos comparten la misma cultura– por su carácter metacultural los modelos etiológicos y terapéuticos que propone son operativos para el estudio de los sistemas médicos en situación intercultural. Se considera que, por medio de la ubicación y clasificación de las interpretaciones etiológicas y terapéuticas, es posible comprender los procesos de interacción que supone el fenómeno de la coexistencia de distintas formas de entender la salud-enfermedad en una comunidad específica.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Capítulo 9. Sistemas etiológico-terapéuticos coexistentes

Con anterioridad se han distinguido tres formas de interacción que en el ámbito de la antropología médica han sido objeto de gran interés: 1) la relación médico-paciente, 2) la vinculación de la medicina “científica” con otros sistemas médicos y, 3) la forma en que los miembros de una comunidad utilizan las opciones terapéuticas a las que tiene acceso. Se señaló también que en el estudio de dichas formas se ha privilegiado el análisis de la relación médico-paciente, así como de la forma en que se vinculan los distintos sistemas médicos teniendo como contexto la hegemonía de uno de ellos. En cuanto al tercer tipo de interacción, éste ha sido de interés para las investigaciones dedicadas a la trayectoria del enfermo, concluyendo entre otras cosas que durante tal proceso se hace uso de recursos provenientes de diversos sistemas.

Con el objetivo de analizar los complejos procesos mediante los cuales se hace posible la convivencia de distintas formas en que se conciben salud y enfermedad, se ha considerado necesario el análisis conjunto de los tres tipos de interacción distinguidos entendiéndolos como niveles de un mismo fenómeno: la coexistencia de sistemas etiológico-terapéuticos diversos. Para ello –coincidiendo con la propuesta metodológica de Laplantine– resulta imprescindible poner énfasis en el último tipo de interacción, sin que esto signifique descuidar el análisis de las primeras. De este modo es posible dar cuenta de la relación enfermo-terapeuta y de la vinculación entre sistemas médicos, a partir del análisis de la dinámica mediante la cual los miembros de una comunidad recurren y hacen uso de los sistemas existentes.

En relación con lo anterior, cabe señalar que se tiene la convicción de que la investigación antropológica no puede obviar los procesos de elección entre diferentes opciones terapéuticas por parte de los sujetos sociales. Incluso se considera que debe centrar su interés en ellos, puesto que desempeñan funciones relevantes en la vigencia y funcionalidad de los distintos sistemas médicos.

La caracterización hecha por Menéndez resulta metodológicamente operativa para comprender aquellos procesos mediante los cuales la medicina oficial se relaciona con los otros dispositivos terapéuticos presentes en una sociedad. Es así que se considera a la hegemonía ejercida por el modelo médico institucional y a sus estrategias de expansión, como factores importantes para el análisis de aquellos submodelos propios de la medicina científica presentes en la comunidad que será estudiada. De igual forma es de utilidad para determinar las relaciones de poder implícitas en otros sistemas.

Sin embargo, el estudio de Menéndez responde a objetivos específicos que difieren sustancialmente de los que se plantean con la presente propuesta. La primera de estas diferencias radica en el planteamiento y delimitación del objeto a tratar: Menéndez busca explicar la manera en que el modelo médico oficial se vincula –desde una posición hegemónica– con otros sistemas curativos. En cambio, aquí se sugiere el análisis de la coexistencia de sistemas etiológico-terapéuticos en todos sus niveles considerando para ello

importante partir, más que de las clasificaciones e intenciones de la medicina oficial, de la forma en la cual los miembros de la comunidad se relacionan con las opciones médicas que les son accesibles.

Centrar el análisis en la dinámica propia del modelo médico hegemónico, permite a Menéndez incluir las formas curativas “tradicionales” en lo que él llama modelo médico alternativo subordinado. Sin embargo, en muchas comunidades, la medicina “científica” no sólo no ha sustituido a los sistemas etiológico-terapéuticos locales sino que, comúnmente aparece en el último tramo de la trayectoria del enfermo. Es posible afirmar entonces que en estos casos el propio modelo médico hegemónico es el que desempeña una función alternativa. De igual manera los modelos terapéuticos “tradicionales” no pueden ser considerados *emergentes* en aquellas comunidades donde se han generado y en las cuales su uso persiste a pesar de la presencia de la medicina “científica”. En todo caso, es posible decir que su utilización se ha expandido a grupos sociales que antes no recurrían a ellos por cuestiones sobre todo socioeconómicas.

También es importante tomar en cuenta que estas formas terapéuticas en múltiples ocasiones no se constituyen como una *alternativa*, sino como la única opción pertinente. En este sentido, Menéndez atribuye en gran medida la vigencia de dichos sistemas a la dificultad de acceder económica o geográficamente a los recursos de la medicina “occidental”. Sin embargo, en muchas ocasiones las terapéuticas locales constituyen la respuesta que se considera más adecuada para el tratamiento de ciertas enfermedades. Por ello, únicamente los sistemas que son claros derivados del modelo médico hegemónico o que hayan sido efectivamente apropiados por éste, pueden ser agrupados al interior del modelo alternativo subordinado sugerido por el autor.⁸⁴

La eficacia y el reconocimiento social son sin duda alguna, como Menéndez lo señala, factores determinantes en la vigencia de las formas terapéuticas no hegemónicas. No obstante, resulta necesario comprender por qué cuentan con ese reconocimiento social y qué hace que se les considere eficaces más allá de que lo sean en términos prácticos. En este sentido, la *accesibilidad cultural* parece desempeñar funciones relevantes.

En cuanto a la condición subordinada que atribuye el autor a los sistemas médicos no oficiales, ésta tendría que ser matizada. Menéndez explica que en países como el nuestro el modelo médico hegemónico no puede subordinar en términos prácticos las otras formas terapéuticas. De tal forma que para garantizar su expansión recurre a la *subordinación ideológica* de los modelos “alternativos”, los cuales adoptan cada vez más elementos que son propios de la medicina oficial. Efectivamente, la medicina hegemónica tiende a la exclusión de las otras terapéuticas teniendo como estrategia principal la subordinación ideológica. Sin embargo, el uso cada vez mayor de sus recursos en los otros sistemas médicos no significa

⁸⁴ Menéndez agrupa dentro de este modelo a todas aquellas prácticas que son susceptibles de ser apropiadas por el modelo médico hegemónico. Sin embargo, considero que no es posible hacer una clasificación de sistemas médicos tan diversos basándose en lo que el sistema médico oficial requiere para legitimarse.

necesariamente que éstos sean utilizados en el mismo sentido que lo hace la medicina “científica”.

Indudablemente Menéndez logra dar cuenta del fenómeno que le interesa: las estrategias de expansión de la medicina promovida por el Estado, en detrimento de otras. Sin embargo, no incluye en su análisis la capacidad que tienen los sistemas médicos no oficiales para resignificar los elementos adoptados y para rechazar otros. Todos los sistemas médicos, como el mismo autor reconoce, tienen una dinámica propia, de modo tal que habría que pensar que la adopción de elementos provenientes del modelo médico hegemónico no está al margen de ella. Por esto se considera que en la vinculación de diversos modelos médicos subyace la coexistencia de sistemas etiológico-terapéuticos, lo que supone complejos procesos mediante los cuales se adoptan, adaptan y rechazan los recursos de la medicina “científica”.⁸⁵

A pesar de las consideraciones anteriores, es innegable que la comprensión del modelo médico institucional y sus submodelos –así como de la dinámica en la que éste ejerce su hegemonía– es fundamental para explicar la permanencia de sistemas médicos “tradicionales”. Las comunidades indígenas del país no se encuentra al margen de la política de salud pública del Estado, de forma tal que la medicina “científica” está presente como uno de los sistemas etiológico-terapéuticos coexistentes a estudiar. Para ello la propuesta de Menéndez es de gran utilidad en una primera fase de la investigación que será realizada en Santa Mónica Maxtla. Durante las temporadas de campo hasta ahora hechas, se realizó un ejercicio en este sentido –expuesto brevemente en los siguientes párrafos– que ha permitido la ubicación de algunos submodelos al interior del modelo médico “científico”.

En Santa Mónica Maxtla, el modelo corporativo público se ha hecho presente con una clínica del programa IMSS-Solidaridad, recientemente construida a petición de la propia gente de la localidad y con la colaboración de la misma mediante el trabajo comunitario conocido como tequio. También se tiene acceso a clínicas cercanas de la Secretaría de Salud (como las ubicadas en la cabecera municipal Santa Ana Tianguistengo y en Zacualtipán de Ángeles), a hospitales públicos en la ciudad de Pachuca y de tercer nivel en el Distrito Federal.

Por su parte, el modelo corporativo privado no resulta accesible a los miembros de la comunidad y no tiene presencia en lugares cercanos ni se usan significativamente sus recursos. En cuanto al modelo individual privado puede decirse que se presenta como un recurso viable en algunos casos generalmente acudiendo a médicos profesionales que tienen consultorios en Santa Ana Tianguistengo y Zacualtipán de Ángeles.

85 En este sentido, Laplantine tiene una propuesta distinta para los casos en que los modelos médicos se agotan: “Los mecanismos a través de los cuales se modifican los modelos distintos son: 1) la *mutación* de un modelo que pasa de una variante a otra sin cambiar de especificidad lógica para cambiar de significado y, 2) la *transformación* de un modelo que puede llegar hasta la inversión en su contrario. Es una reactualización bajo nueva forma de un modelo rechazado, pierde su influencia, no responde más a lo que se espera de él y por lo tanto atraviesa una crisis simultánea de sus fundamentos teóricos y de su credibilidad social” (Laplantine, 2000:50).

En cuanto a los modelos de Laplantine, éstos amplían el espectro de la investigación haciendo posible analizar otros aspectos que se consideran importantes. Este autor, aunque no ignora la subordinación (o exclusión) que –mediante la hegemonía– un modelo médico ejerce sobre los otros, centra su interés en la forma en que socialmente son ubicados cada uno de ellos, es decir en el lugar que ocupan dentro de la clasificación construida por la comunidad estudiada.

Es así que para realizar el análisis de una sociedad determinada sugiere distinguir previamente entre sistemas y subsistemas médicos dominantes, dominados o que tienden a ser anexados por los anteriores y aquellos aparentemente inexistentes es decir, relegados a la periferia de la sociedad –incluso rechazados– pero que no están menos presentes.⁸⁶ De tal modo que es posible localizar y ordenar los sistemas etiológico-terapéuticos coexistentes en la comunidad estudiada, ya no desde la perspectiva de la medicina oficial sino de la de las personas que hacen uso de ellos.

Evidentemente, la ubicación de los modelos etiológicos y terapéuticos que propone Laplantine en una comunidad determinada, requiere de mucho más trabajo de campo del que hasta ahora se ha realizado. No obstante, algunos ejemplos bibliográficos permiten ilustrar la forma en que dicha propuesta resulta operativa para el análisis de casos específicos. Así por ejemplo, Aguirre Beltrán (1994b:309) hace referencia a distintas maneras en que se explica la enfermedad: aquella en la cual el enfermo, sin causa aparente, “es víctima de poderes y fuerzas secretas” que le enferman (concepción ontológica). Contrariamente a la concepción que el autor atribuye a las culturas semíticas, dónde se considera al hombre enfermo como responsable de los males que padece “debido a su impiedad y depravación” (concepción relacional).

La causalidad del “tocado de difunto”, enfermedad documentada por Mario Hernández (1998:144) en una comunidad urbana marginal en la ciudad capital de Colombia, responde al modelo etiológico exógeno propuesto por Laplantine. Hernández explica que esta enfermedad se atribuye al contacto de una mujer embarazada con un cadáver durante la velación o el entierro del mismo, lo que tiene como consecuencia que el frío del muerto penetre el vientre de la madre provocando que el niño nazca enfermo. En cambio, la idea de que el individuo que se enoja con frecuencia es susceptible de enfermarse es una explicación de tipo endógeno.

86 “En cada cultura se privilegian en un momento dado cierto número de representaciones (que pueden calificarse de dominantes) en detrimento de otras que por lo tanto no están ausentes sino que son marginadas con relación a las anteriores y algunas de entre ellas son rechazadas (definitiva o momentáneamente) es decir eliminadas del campo social” (Laplantine, 2000:44).

10. Conclusiones

Las diversas formas en que los grupos humanos explican la enfermedad, así como las estrategias que conforman para manejarla, constituyen el eje del cual se derivan los distintos fenómenos que estudia la antropología médica. Sin embargo, como se ha expuesto en la primera parte de este trabajo, desde sus orígenes en nuestro país esta disciplina ha estado condicionada por distintos contextos políticos, sociales y teóricos según los cuales ha modificado objetivos e intereses, privilegiando diferentes temáticas en el transcurso de su desarrollo.

Así, en un primer momento el interés de la disciplina se centró en la descripción y clasificación de explicaciones etiológicas y opciones terapéuticas "no occidentales". Tiempo después, con la política homogeneizadora del proyecto de nación posrevolucionario, la antropología médica contribuyó en el diseño de estrategias para la implementación de programas de salud pública en regiones indígenas y campesinas del país. La integración de los indígenas al desarrollo de la nación requería, entre otras cosas, del acceso igualitario a la atención médica y se consideraba que el acercamiento de recursos institucionales tendría como consecuencia la paulatina desaparición de los dispositivos terapéuticos locales. Inspirada en gran medida por las investigaciones sobre el cambio que realizó Robert Redfield (1930; 1941), la antropología médica mexicana de ese momento se dedicó al estudio del proceso de aculturación que se esperaba (ver Bonilla, 1953).

Sin embargo, pronto fue notorio que no obstante la presencia de instituciones de salud gubernamentales, la gente seguía recurriendo a sus propias formas curativas. Ante la persistencia de los sistemas médicos indígenas, la antropología planteó la necesidad de adecuar los proyectos gubernamentales de salud a la cultura de las regiones en que estos operan (ver Aguirre Beltrán, 1994b; Foster, 1952b; 1958; 1964; 1976; 1982). El Instituto Nacional Indigenista (INI) fue la dependencia encargada de dicha labor, mediante la cual ya no se pretendía sustituir los sistemas médicos locales, sino subordinarlos a la medicina oficial.⁸⁷

En 1978, a partir de una serie de resoluciones en las que se promovía el derecho de los pueblos indígenas a su autonomía cultural, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pronunció a favor de integrar en la doctrina, la práctica y la enseñanza distintas formas terapéuticas coexistentes. Para los antropólogos médicos mexicanos esta idea no era nueva: con la misma premisa, casi dos decenios antes y después de muchos esfuerzos, únicamente habían logrado que el plan de estudios de los futuros médicos incluyera unas cuantas materias sobre antropología. Por ello no sorprende que la propuesta de la OMS les resultara poco realista, aunque irónicamente la problemática que Gonzalo Aguirre Beltrán argumentó

87 Al respecto, Gonzalo Aguirre Beltrán asegura que "El INI al implementar sus programas de desarrollo en las regiones indias del país (...), desde 1951 optó por innovar la medicina científica mediante un compromiso que conlleva el respeto a las prácticas y creencias populares e indias; trata sólo de suplir las deficiencias de la medicina tradicional sin pretender sustituirla." (Aguirre Beltrán, 1990:8). Sin embargo, una de las estrategias que sirvió para suplir dichas deficiencias fue la creación de subprofesionales controlados, ejemplo de ello ha sido la subordinación de parteras locales, mediante su capacitación e integración al sistema institucional de salud.

contra este proyecto de integración, parece ser la misma que ha dificultado los objetivos de la adecuación que él defendía.⁸⁸

Así, la imposición de la medicina "científica" en regiones indígenas del país fracasó en su intento por excluir las terapéuticas locales; más aún, en la mayoría de los casos se encuentra coexistiendo con éstas y con otras formas médicas accesibles (directa o indirectamente) para dichas comunidades. Sin embargo, no pueden obviarse las estrategias que el sistema médico oficial constantemente despliega con la finalidad de subordinar ideológica y jurídicamente a la mayoría de ellas.

Por su parte, la adecuación cultural de la medicina institucional con frecuencia se ha limitado a realizar cambios superficiales mediante los cuales se pretende lograr una mayor aceptación de sus recursos en comunidades indígenas. Resulta innegable que, usando estos métodos, los programas de salud gubernamentales son aceptados cada vez con menos reservas entre distintos grupos étnicos del país. No obstante, existen campos de acción médica en los que dicha adecuación parece insuficiente, cuando no francamente imposible, sobre todo porque se encuentran implicados factores culturales fuertemente relacionados con la identidad y la cosmovisión.

En este sentido, los esfuerzos por adecuar programas de salud institucionales a la realidad sociocultural de las localidades indígenas en que operan, generalmente no toman en cuenta que el propio sistema médico "científico" es una construcción cultural y que, por tanto, sus practicantes también tienen una cosmovisión particular que permea el ejercicio de su profesión.⁸⁹ Además, se le resta importancia a la posición hegemónica que la medicina legitimada por el Estado ocupa, cuando precisamente es este estatus el que imposibilita en gran medida su adecuación.⁹⁰ El sistema médico de la sociedad dominante, considerado como el "más efectivo y adecuado en el tratamiento de las enfermedades", con dificultad acepta la eficacia de otros sistemas médicos y en caso de hacerlo no consentirá su práctica sin intentar subordinarlos.⁹¹ Además es necesario insistir que los miembros de las comunidades con acceso a instituciones médicas del Estado, no sólo no son usuarios pasivos de los recursos ofrecidos, sino que en caso de utilizarlos, es necesario que éstos hayan sido culturalmente incorporados a su propia forma de entender la salud-enfermedad. Para ello considero, a manera de hipótesis, que los mismos pasan por complejos procesos en los que se adoptan, adaptan o rechazan según su grado de compatibilidad con la cultura receptora.

88 "La medicina científica, como medicina hegemónica, difícilmente aceptaría formar a su personal en teorías y prácticas que no sean aquellas que configuran su cuerpo de doctrina, y su ejercicio controlado por la experimentación. De otra manera pondría en duda su misma legitimidad." (Aguirre Beltrán, 1990: 10).

89 Algunas de las investigaciones que se hacen con la finalidad de lograr dicha adecuación se sustentan en propuestas como las de Foster, quien consideró fundamental la pertenencia cultural de los médicos *científicos* (ver Foster, 1952b; 1958; 1964; 1974). Sin embargo, éstas constantemente restan importancia al estudio sobre la dimensión cultural de la propia biomedicina.

90 Problema que Aguirre Beltrán no pasó por alto: "[la cultura dominante] recibe préstamos de culturas subalternas, pero usa instrumentos contra-aculturativos para conservar vigentes aquellos rasgos o complejos que constituyen el foco cultural" (Aguirre Beltrán, 1990:10).

91 Claro ejemplo de ello es que el interés que la medicina oficial ha mostrado dedicando muchos años al estudio de la herbolaria en México ha derivado en el reconocimiento de la eficacia médica de algunas plantas medicinales y, sin embargo, esto no ha tenido como consecuencia la utilización de estos recursos por parte de los médicos "científicos".

Tampoco coincido con quienes abogan por conservar la medicina "tradicional" oponiéndose a la introducción del sistema médico institucional en localidades indígenas, ya que no es necesario que el Estado ponga clínicas y hospitales a su disposición para que la gente de las comunidades acuda a ellos. En este sentido, la defensa del derecho a la diversidad cultural no implica rechazar la presencia de médicos "profesionales" en localidades indígenas, sino los métodos de exclusión y subordinación mediante los cuales el Estado pretende expandir la hegemonía de sus propias formas médicas.

De igual forma, Aguirre Beltrán no se equivocó cuando consideró utópica la propuesta de integración por la que abogaba la OMS. Ejemplo de ello son los escasos resultados que se han obtenido en centros gubernamentales de atención médica donde laboran terapeutas "tradicionales": en general éstos no reciben el mismo salario que los médicos "científicos", difícilmente se remiten pacientes entre ellos y menos aún puede decirse que trabajen conjuntamente.

De esta forma, la vigencia de sistemas médicos no oficiales –a pesar de la expansión de la medicina "científica"– puso de manifiesto la importancia de comprender la dinámica que hace posible su coexistencia. En la actualidad gran parte de las investigaciones en el ámbito de la antropología médica se ocupan de ello, principalmente mediante el estudio de tres tipos de interacción: 1) la relación médico-paciente, 2) la vinculación entre sí de dispositivos de atención médica coexistentes y, 3) la forma en la cual los miembros de una comunidad utilizan, según la trayectoria del enfermo, los distintos recursos médicos a los que tienen acceso.

Sin embargo, la coexistencia de distintos sistemas médicos ha sido abordada por la disciplina en forma fragmentaria. En primer instancia porque, en general, las investigaciones hasta ahora hechas se han dedicado al estudio específico de alguna de las tres formas de relación mencionadas y no de las tres en conjunto. Además es común que dichos trabajos analicen, más que los procesos de interacción como tales, la influencia que uno de los sistemas médicos ejerce sobre los otros. De igual forma, suelen poner énfasis en la dimensión terapéutica de los conjuntos médicos, sin otorgarle igual importancia a la parte etiológica de los mismos. Considero que desde una perspectiva antropológica es fundamental comprender la dinámica mediante la cual es posible la coexistencia de sistemas médicos diversos, tomando en cuenta los factores antes señalados para encontrar nuevas formas que permitan el acceso de las comunidades indígenas al sistema de salud pública gubernamental, siempre garantizando el respeto a sus propias prácticas etiológico-terapéuticas.

Como se ha señalado en reiteradas ocasiones, esta tesis constituye únicamente un primer acercamiento al estudio de la coexistencia de sistemas etiológico-terapéuticos y las discusiones desarrolladas durante los distintos capítulos responden al interés por analizar dicho fenómeno en una comunidad nahua ubicada en la Sierra Alta del estado de Hidalgo. Es así que este trabajo ofrece más que respuestas, preguntas; cuestionamientos que pretenden ser contestados en la investigación a realizarse en Santa Mónica Maxtla y que pueden resumirse del siguiente modo:

1. ¿Cuáles son los procesos de interacción mediante los cuales se hace posible la coexistencia de distintos sistemas médicos en Santa Mónica Maxtla?
2. ¿Por qué la inserción de recursos médicos “externos” no modifican en su totalidad los sistemas médicos locales?
3. ¿Qué elementos de los sistemas médicos locales perviven ante los “nuevos” sistemas médicos accesibles a los miembros de la comunidad?
4. ¿Cuáles son las estrategias culturales mediante las que se asegura la permanencia de ciertos elementos propios del sistema médico local?
5. ¿Qué elementos de los sistemas médicos “externos” son adoptados, adaptados o rechazados?
6. ¿Cómo se realiza el proceso de significación de los recursos terapéuticos “externos” y la resignificación de aquellos elementos propios de la cultura susceptibles de ser modificados?

Sabemos que los sistemas médicos son construcciones culturales que, como tales, se constituyen a partir de la forma en que cada grupo humano explica la enfermedad y de las estrategias terapéuticas que en consecuencia diseñan. Por lo tanto, cuando desde la antropología se propone el estudio de los procesos que posibilitan su coexistencia en sociedades culturalmente distintas, se debe considerar el hecho de que la misma implica en primera instancia la relación dialéctica entre diferentes visiones del mundo.

En este sentido, la utilización de elementos provenientes de sistemas médicos *ajenos* al propio, no está al margen de la cosmovisión y la cultura locales. Por ello, aquí se considera que en la vinculación de diversos sistemas médicos subyace la coexistencia de sistemas etiológico-terapéuticos lo que supone complejos procesos mediante los cuales se *adoptan*, *adaptan* y *rechazan* los recursos de la medicina “científica”.

Con la finalidad de explicar la dinámica de dichos procesos, en la futura investigación se retomará el concepto de *núcleo duro* propuesto por Alfredo López Austin (2001), quien lo define como el conjunto de elementos –propios de la cosmovisión de un pueblo– que reúne las siguientes características: es resistente al cambio, pero no inmune a él; sus componentes constituyen un complejo sistémico; tiene una función estructurante del acervo tradicional y permite la asimilación de nuevos elementos culturales que una tradición adquiere. Cada una de las características descritas por este autor, hacen que la cosmovisión se mantenga como un cuerpo dinámico en el cual se crean las condiciones culturales que permiten la construcción, reconstitución o retención de aquellos componentes que son necesarios para la vigencia del sistema.

Así, partimos del supuesto que las comunidades se organizan en torno a una matriz cultural que les permite constituirse como entidades diferenciadas, ante el embate de los actuales procesos globalizantes (Bonfil, 1991). En este sentido, la permanencia de los sistemas etiológico-terapéuticos “tradicionales” constituye una respuesta de los grupos subalternos ante la imposición de la cultura dominante que se inserta por medio de las

Conclusiones

instituciones gubernamentales de salud.

La resistencia entonces es un mecanismo mediante el cual se busca –aunque no necesariamente a nivel consciente– preservar espacios de la cultura propia. Es decir que los sistemas médicos propios se constituyen como elementos de control cultural, si entendemos a este último del mismo modo que Bonfil, como la capacidad de decisión sobre los elementos culturales. Con la finalidad de explicar la función que desempeñan los procesos identitarios en el fenómeno que nos ocupa, serán retomadas las categorías propuestas por Bonfil: cultura autónoma, cultura impuesta, cultura apropiada y cultura enajenada. Es así que se considera que la continuidad histórica de una sociedad es posible porque posee un núcleo de cultura propio, en torno al cual se organiza y reinterpreta el universo de la cultura impuesta (Bonfil, 1991).

Si bien, parece fundamental centrar el análisis en la forma en que los miembros de Santa Mónica Maxtla se relacionan con los sistemas médicos “externos” que les son accesibles, será necesario considerar también la forma en que –desde una posición hegemónica– la medicina “científica” se vincula con los otros sistemas médicos vigentes en la comunidad. Para ello, se utilizará la caracterización de modelos de atención médica que ha propuesto Eduardo Menéndez (1992a).

Por otro lado se considera, como lo hace Laplantine (2000), que la estrategia terapéutica generalmente responde a la etiología atribuida; por lo tanto, es posible afirmar que la forma en que la gente hace uso de los distintos recursos médicos a los que tiene acceso está relacionada con la causalidad que explica la enfermedad que será atendida. En este sentido, los recursos del modelo hegemónico serán adoptados, adaptados o rechazados por los sistemas médicos locales, según el grado de *congruencia cultural* que tienen con las causas que se le atribuyen localmente a las distintas enfermedades.

Finalmente, cabe señalar que los conceptos y categorías que han sido expuestos anteriormente convergen en la medida en que todos buscan, de una u otra forma, explicar la relación entre culturas y formas de pensamiento distintas. Así, la dinámica de expansión de la medicina hegemónica explicada por Menéndez es un factor determinante en la coexistencia de sistemas médicos; de igual forma la relación sistémica entre explicaciones etiológicas y estrategias terapéuticas propuestas por Laplantine contribuyen a la comprensión de dicha interacción. Por su parte, el núcleo duro de la cosmovisión caracterizado por López Austin y el núcleo cultural al que se refiere Bonfil coinciden con lo que se podría denominar matriz cultural organizativa, misma que permitirá explicar la adopción y resignificación de elementos culturales externos.

Así, la investigación que será realizada en Santa Mónica Maxtla parte de la idea de que la coexistencia de diversos sistemas etiológico-terapéuticos debe ser explicada a partir de la pertenencia cultural de los mismos. En otras palabras, considero que a las múltiples formas de interacción que hacen posible dicha coexistencia, subyacen distintas formas de entender el mundo y que, por tanto, son esas diferencias las que pueden aclararnos por

qué la introducción de formas terapéuticas, aparentemente más eficaces, no tiene como consecuencia la desaparición de otros sistemas médicos.

Bibliografía

- Ackerknecht, Erwin
1971 *Medicina y antropología social*. Akal Universitaria, Madrid.
- Acosta, José de
1940 *Historia natural y moral de las Indias*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo
1975 El indigenismo y la antropología comprometida. *Anales de Antropología*, vol. 12, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México: 11-45.
1978 La relación médico-paciente. Un simposio. Viesca Treviño, Carlos (ed.) *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México: 11-18.
1990 Tendencias en la antropología médica. *Revista Tlacaatl*, núm.2, segundo semestre, Universidad Veracruzana, Jalapa: 5-14.
1992a *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*. Fondo de Cultura Económica, México.
1992b Nace la antropología médica. Campos Navarro, Roberto (comp.) *La antropología médica en México*, tomo I, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 39-74.
1994a *Antropología médica*. Fondo de Cultura Económica, México.
1994b *Programas de salud en la situación intercultural*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Álvarez, Laurencia
1979 Métodos de diagnóstico en un pueblo náhuatl. *Estudios del Tercer Mundo. Medicina tradicional alternativa para la salud*, vol. 2, núm. 4, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, México: 723-729.
1987 *La enfermedad y la cosmovisión en Hueyapán, Morelos*. Instituto Nacional Indigenista, México.
- Álvarez, Selene
1990 *La medicina institucional y el control social*. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- Anzures, Ma. del Carmen
1972 Religión, magia y medicina indígenas. *Estudios Indígenas*, vol. II, septiembre, Centro Nacional de Ayuda a las Misiones Indígenas, México: 25-34.
1973 Medicinas diferentes y conflictos culturales. *Estudios Indígenas*, vol. III, diciembre, Centro Nacional de Ayuda a las Misiones Indígenas, México: 163-171.
1978a Medicina tradicional de los tarahumaras. *Medicina tradicional*, vol. I, núm. 4, México: 39-47.
1978b La relación médico-paciente en la Sierra tarahumara. Viesca Treviño, Carlos (ed.) *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México: 59-72.
1979 El Florilegio medicinal. Alternativa y complemento de dos corrientes. *Estudios del Tercer Mundo. Medicina tradicional alternativa para la salud*, vol. 2, núm. 4, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, México: 741-745.
1983 *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos*. Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
1995 El bien y el mal en la cultura tarahumara. *Anales de antropología*, vol. 30, Instituto de

- Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México: 97-110.
- 1999 Medicina tradicional y poder. Ortiz Echániz, Silvia (coord.) *La medicina tradicional en el norte de México*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México: 187-202.
- Aréchiga, Hugo
1997 *Ciencias de la salud. Siglo XXI Editores*, México.
- Arenas, Luz y Alfredo Paulo Maya
2000 Implicaciones de un programa de salud comunitaria sobre la calidad de vida de las mujeres en una comunidad indígena del estado de Morelos. Daltabuit, Magali, Juana Mejía y Rosa Lilia Álvarez (coord.) *Calidad de vida, salud y ambiente*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional Indigenista, México: 283-299.
- Baytelman, Bernardo
1986 *De enfermos y curanderos. Medicina tradicional en Morelos*. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- Blanco, José, Olivia López y José Alberto Rivera
2000 Calidad de vida y políticas de salud incluyentes para la ciudad de México. Daltabuit, Magali, Juana Mejía y Rosa Lilia Álvarez (coord.) *Calidad de vida, salud y ambiente*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional Indigenista, México: 199-206.
- Bonfil, Guillermo
1991 *Pensar nuestra cultura*. Alianza Editorial, México.
1995 *Obras escogidas*. Instituto Nacional de Antropología e Historia, Instituto Nacional Indigenista, México.
- Bonilla, Celia
1953 *El proceso de cambio cultural en medicina*. Instituto Nacional Indigenista, México.
- Braudel, Fernand
1999 *La historia y las ciencias sociales*. Alianza Editorial, Madrid.
- Campos Navarro, Roberto
1996 *Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina. Estudio en México y Bolivia*. Tesis doctoral, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México, México. ...
1997a *Nosotros los curanderos*. Editorial Nueva Imagen, México.
1997b Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización. *Nueva Antropología. Enfermedad y muerte: la parte negada de la cultura*, núm. 52-53, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 67-87.
1999 *La medicina intercultural en hospitales de América Latina*. (Inédito).
2000 La calidad de vida en hospitales con atención a pueblos indígenas. Actividades recientes en el Programa IMSS Solidaridad. Daltabuit, Magali, Juana Mejía y Rosa Lilia Álvarez (coord.) *Calidad de vida, salud y ambiente*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional Indigenista, México: 269-281.
- Campos Navarro, Roberto y Adriana Ruiz
2001 *Adecuaciones socioculturales en los hospitales para indios en la Nueva España*. (Inédito).

Bibliografía

- Cardenal Fernández, Francisco
1993 *Remedios y prácticas curativas en la Sierra Tarahumara*. Editorial Camino, Chihuahua.
- Caro, Guy
1972 *La medicina impugnada. La práctica social de la medicina en la sociedad capitalista*. Editorial Laia, Barcelona.
- Caso, Alfonso
1991 *La política indigenista en México*. Instituto Nacional Indigenista, México.
- Castiglioni, Arturo
1993 *Encantamiento y magia*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Clavijero, Xavier
1964 *Historia antigua de México*. Editorial Porrúa, México.
- Clements, Forrest
1932 *Primitive Concepts of Disease*. University of California Press, Berkeley.
- Collado, Rolando
1976 *Médicos y estructura social*. Fondo de Cultura Económica, México.
1979 El paradigma en la dialéctica de las medicinas americanas. *Estudios del Tercer Mundo. Medicina tradicional alternativa para la salud*, vol. 2, núm.4, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, México: 651-661.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe
1995 *El etnodesarrollo de cara al siglo veintiuno*. (Documento interno de distribución restringida).
- Cortés, Beatriz
1997 Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. *Nueva Antropología. Enfermedad y muerte: la parte negada de la cultura*, núm. 52-53, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 89-115.
- Crevenna, Pedro, Víctor Soria, Jorge Alcocer y Ernesto Vega
1983 *Las transnacionales de la salud*. Ediciones Taller Abierto, México.
- Cruz, Emilia de la, María Clara de Cleves y Deyanira Rivera
1998 La relación médico-paciente. Rivera, Deyanira (comp.) *Antropología médica. Una relación entre ciencias sociales y medicina*, Universidad del Bosque, Escuela Colombiana de Medicina, Bogotá: 243-253.
- Daltabuit, Magalí, Juana Mejía y Rosa Lilia Alvarez (coords.)
2000 *Calidad de vida, salud y ambiente*. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Instituto Nacional Indigenista, México.
- Díaz Polanco, Héctor
1997 *La rebelión zapatista y la autonomía*. Siglo XXI Editores, México.
- Donabedian, Avedis
1973 *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. Fondo de Cultura Económica, México.

- Dubos, René
 1969 *Hombre, medicina y ambiente*. Monte Ávila Editores, Caracas.
 1975 *El espejismo de la salud*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Duran, Fray Diego de
 1959 *Obras completas. Historia natural de la Nueva España*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Elú, Ma. del Carmen
 1993 *La luz enterrada. Estudio antropológico de la muerte materna en Tlaxcala*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Enciso, Angélica
 2001 Por profundos desacuerdos, José del Val dimite a la dirección del Instituto Indigenista Interamericano. *La Jornada*, sección política, 9 de octubre, México.
- Fagetti, Antonella
 1998 *Tentzonhuehue. El simbolismo del cuerpo y la naturaleza*. Plaza y Valdés Editores, México.
- Finkler, Kaja
 1981 A Comparative Study of Health Seekers: Or, Why do Some People go to Doctors Rather than to Spiritualist Healers. *Medical Anthropology. Cross-cultural Studies in Health and Illness*, vol. 5, no. 4, Medical Anthropology, Connecticut:383-424._
 1992 El cuidado de la salud. Un problema de relaciones de poder. Campos Navarro, Roberto (comp.) *La antropología médica en México*, tomo II, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 202-224.
- Finkler, Kaja y María Correa
 1996 Factors Influencing Patients Perceived Recovery in México. *Medical Social Science*, vol. 42, no. 2, Great Britain: 199-207.
- Fitzpatrick, Ray
 1990 *La enfermedad como experiencia*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Foster, George
 1952a Relationship between Theoretical and Applied Anthropology: A Public Health Program Analysis. *Human Organization*, no. 11, Washington: 5-16.
 1952b *Análisis antropológico intercultural de un programa de ayuda técnica*. Instituto Nacional Indigenista, México.
 1953 Relationship between Spanish and Spanish American Folk Medicine. *Journal of American Folklore*, no. 66, Washington: 201-217.
 1958 *Problems in Intercultural Health Programs*. Social Science Research Council, Pamphlet, New York.
 1964 *Las culturas tradicionales y los cambios médicos*. Fondo de Cultura Económica, México.
 1974 Medical Anthropology: Some Contrast with Medical Sociology. *Medical Anthropology Newsletter*, no. 6, Washington: 1-6.
 1976 Medical Anthropology and International Health Planning. *Medical Anthropology Newsletter*, no. 7, Washington: 12-18.
 1982 Applied Anthropology and International Health: Retrospect and Prospect. *Human Organization*, no. 41, Washington: 189-197.
 1985 *Antropología aplicada*. Fondo de Cultura Económica, México.

Bibliografía

- Foucault, Michel
1999 *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.* Siglo XXI Editores, México.
- Freidson, Eliot
1977 *La profesión médica.* Península, Barcelona.
- Frenk, Julio
1993 *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública.* Fondo de Cultura Económica, México.
- Freyermuth, Graciela
1993 *Medicina alópata y medicina indígena. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas.* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- Freyermuth, Graciela y Ana María Garza
1995 *Interpretaciones sobre las causas de defunción.* Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, México.
- Galeano, María Luisa
1963 Trabajos sanitarios y asistenciales de la Secretaría de Salubridad entre grupos indígenas de México. *América Indígena*, vol. XXIII, núm. 4, Instituto Indigenista Interamericano, México: 291-308.
- García Manzanedo, Héctor
1963 Notas sobre la medicina tradicional en una zona de la Sierra Tarahumara. *América indígena*, vol. XXIII, núm. 1, Instituto Indigenista Interamericano, México: 61-70.
1968 Características socioculturales del medio rural latinoamericano: su influencia y relación con la salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. LXIV, núm. 1, México: 1-13.
1989 *Manual de investigación aplicada en servicios sociales y de salud.* La Prensa Médica Mexicana, México.
- García Viveros, M.
1995 *Medicina y sociedad.* Fondo de Cultura Económica, México.
- Gómez Noguera, Manuel
1978 Tecnología y valores sociales en la medicina de nuestro tiempo. Viesca Treviño, Carlos (ed.) *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México: 203-216.
- Gréco, Danielle
1993 Notas para el estudio de la medicina tradicional en una comunidad náhuatl de la Huasteca Hidalguense. Ruvalcaba, Jesús y Graciela Alcalá (coords.) *Huasteca II: Prácticas agrícolas y medicina tradicional. Arte y sociedad*, Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, México: 51-73.
- Gubler, Ruth
1996 El papel del curandero y la medicina tradicional en Yucatán. *Alteridades: Antropología de la curación*, año 6, núm. 12, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 11-18.
- Guiteras, Calixta
1965 *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil.* Fondo de Cultura Económica,

México.

- Hafer, Fritz
1977 Plan para la educación médica al servicio del pueblo mexicano. *América Indígena*, vol. XXXVII, núm. 2, Instituto Indigenista Interamericano, México: 425-455.
- Hernández, Francisco
1984 *Obras completas*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Hernández, Mario
1998 La medicina popular en las comunidades urbanas marginales. Rivera, Deyanira (comp.) *Antropología médica. Una relación entre ciencias sociales y medicina*, Universidad del Bosque, Escuela Colombiana de Medicina, Bogotá: 127-147.
- Hersch Martínez, Paul
1992 Algunos elementos para la gestión popular en salud. Campos Navarro, Roberto (comp.) *La antropología médica en México*, tomo I, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 211-231.
- Holland, William
1963 *Medicina maya en los Altos de Chiapas*. Instituto Nacional Indigenista, México.
1991 La medicina de transición. Campos Navarro, Roberto (comp.) *La antropología médica en México*, tomo II, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 163-181.
- Infante, Claudia, Luis Felipe Abreu, Isabel Reyes y Klaus Dieter
2000 Paradigmas de la relación entre la calidad de vida y la salud. Daltabuit, Magali, Juana Mejía y Rosa Lilia Álvarez (coords.) *Calidad de vida, salud y ambiente*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional Indigenista, México: 149-178.
- Kelly, Isabel
1954 *El programa de bienestar social rural, con algunas referencias especiales al proyecto piloto en Villa José Cardél, Veracruz*. (manuscrito).
1956 El adiestramiento de parteras en México, desde el punto de vista antropológico. *América Indígena*, vol. XV, núm. 2, Instituto Indigenista Interamericano, México: 109-117.
1959 *La antropología, la cultura y la salud pública*. Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.
- Kiev, Ari
1972 *Curanderismo*. Editorial Joaquín Mortiz, México.
- Kleinman, Arthur, Leon Eisenberg and Byron Good
1978 Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, vol. 88, no. 2, American College of Physicians. USA: 251-258.
- Kohler, Ulrich
1994 *Chonbibil ch'ulelal - alma vendida: Elementos fundamentales de la cosmología y religión mesoamericanas en una oración maya-tzotzil*. Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Bibliografía

Lagarriga, Isabel

- 1968 *La medicina tradicional en Jalapa Veracruz. Vista a través de los templos espiritualistas marianos.* Universidad Veracruzana, Jalapa.
- 1978 Técnicas catárticas en los templos espiritualistas trinitarios marianos. Viesca Treviño, Carlos (ed.) *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México: 115-126.
- 1979 Bases ideológicas de la medicina tradicional de los grupos marginados en México. *Estudios del Tercer Mundo. Medicina tradicional alternativa para la salud*. vol. 2, núm. 4, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, México: 645-649.
- 1981 *Espiritismo, contacto constante con el más allá.* Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Laín Entralgo, Pedro

- 1943 *Estudios de la historia de la medicina y de antropología médica*, tomo 1, Ediciones Escorial, Madrid.
- 1964 *La relación médico-enfermo.* Revista de Occidente, Madrid.
- 1975 *El diagnóstico médico.* Salvat, Barcelona.
- 1982 *La medicina hipocrática.* Alianza, Madrid.
- 1983 *La relación médico-paciente.* Alianza, Madrid.
- 1984 *Antropología médica.* Salvat, Barcelona.
- 1994 *Historia de la medicina.* Salvat, Barcelona.

Laplantine, François

- 2000 *Antropología de la enfermedad. Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea.* Ediciones del Sol, Buenos Aires.

Laurell, Asa Cristina

- 1975 Medicina y capitalismo en México. *Cuadernos Políticos*, núm. 5, julio-septiembre, México: 80-93.
- 1982 La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*, vol.19, México: 7-20.

Le Breton, David

- 1995 *Antropología del cuerpo y modernidad.* Editorial Nueva Visión, Buenos Aires.
- 1999 *Antropología del dolor.* Seix Barral, Barcelona.

Leiter Ferrari, Waltraud

- 1979 Aspectos de medicina tradicional en Ojtlán, México. *Estudios del Tercer Mundo. Medicina tradicional alternativa para la salud*, vol. 2, núm.4, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, México: 731-740.

López Austin, Alfredo

- 1984 *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas.* Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- 2000 *Textos de medicina náhuatl.* Serie de cultura náhuatl, núm. 19, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- 2001 El núcleo duro, la cosmovisión y la tradición mesoamericana. Broda, Johanna y Félix Báez-Jorge (coords.) *Cosmovisión, ritual e identidad de los pueblos indígenas de México.* Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. Fondo de Cultura Económica, México: 47-65.

- Lupo, Alessandro
1995 *La tierra nos escucha*. Instituto Nacional Indigenista, México.
- Manges, Boyd
1977 El tratamiento de la enfermedad en una comunidad indígena. *América Indígena*, vol. XXXVII, núm. 2, Instituto Indigenista Interamericano, México: 487-525.
- Mariño, Consuelo y Carolina Weisner
1998 Salud y cultura. Rivera, Deyanira (comp.) *Antropología médica. Una relación entre ciencias sociales y medicina*. Universidad del Bosque, Escuela Colombiana de Medicina, Bogotá: 41-95.
- Mariño, Consuelo y Deyanira Rivera
1998a Caracterización de una práctica médica: la medicina mágica. Rivera, Deyanira (comp.) *Antropología médica. Una relación entre ciencias sociales y medicina*. Universidad del Bosque, Escuela Colombiana de Medicina, Bogotá: 107-126.
1998b Modelo interdisciplinario para el abordaje de las prácticas médicas no científicas. Medicina popular vs. medicina tradicional. Rivera, Deyanira (comp.) *Antropología médica. Una relación entre ciencias sociales y medicina*. Universidad del Bosque, Escuela Colombiana de Medicina, Bogotá: 97-105.
- Martínez Cortés, Fernando
1966 *Medicina humanística*. Edición particular, México.
1978 La relación médico-paciente. Viesca Treviño, Carlos (ed.) *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*. Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México: 37-46.
1979 *Consulta médica y entrevista clínica*. La Medicina del Hombre en su Totalidad, México.
1983 *Enfermedad y padecer*. La Medicina del Hombre en su Totalidad, México.
- Marzal, Manuel
1993 *Historia de la antropología indigenista: México y Perú*. Anthropos, Universidad Autónoma Metropolitana, Barcelona.
- McKeown, Thomas y C. R. Lowe
1989 *Introducción a la medicina social*. Siglo XXI, Madrid.
- Medina, Andrés
2000 *El cuerpo humano en la cosmovisión mesoamericana: una reconsideración*. (Inédito).
2001 La cosmovisión mesoamericana: una visión desde la etnografía. Broda, Johanna y Félix Báez-Jorge (coords.) *Cosmovisión, ritual e identidad de los pueblos indígenas de México*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Fondo de Cultura Económica, México: 67-163.
- Mendizábal, Miguel Othón de
1947a Distribución geográfica de los médicos en la República Mexicana. *Obras completas*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
1974b Situación actual de la asistencia social y pública en la República Mexicana. *Obras completas*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Mendoza, Zuanilda
1997 Enfermedad ¿para quién?. El saber popular entre los triquis. *Nueva Antropología. Enfermedad y muerte. La parte negada de la cultura*, núm. 52-53, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 117-139.

Bibliografía

Menéndez, Eduardo

- 1981 *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán.* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- 1985 Aproximación a la crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología. Antropología médica*, vol. VII, núm.28, México: 11-27.
- 1990 *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones.* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- 1992a Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. Campos Navarro, Roberto (comp.) *La antropología médica en México*, tomo I, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 97-111.
- 1992b Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes. Campos Navarro, Roberto (comp.) *La antropología médica en México*, tomo I, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 141-185.
- 1994 La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, núm.7, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 71-83.
- 1997a Antropología médica: Espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología. 20 años. Una visión retrospectiva*, núm.51, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 83-103.
- 1997b Holísticos y especializados: Los usos futuros de la antropología. *Nueva Antropología. Enfermedad y muerte. La parte negada de la cultura*, núm. 52-53, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 9-37.

Merrill, William

- 1992 *Almas rarámuris.* Instituto Nacional Indigenista, México.

Miranda, Jorge

- 1977 Promoción de salud en la situación intercultural. *América Indígena*, vol. XXXVII, núm. 2, Instituto Indigenista Interamericano, México: 275-289.

Modena, Ma. Eugenia

- 1990 *Madres, médicos y curanderos: Diferencia cultural e identidad ideológica.* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- 1992 Instituciones, médicos y paramédicos. Campos Navarro, Roberto (comp.) *La antropología médica en México*, tomo II. Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 43-67.

Molina, Alfonso de

- 1944 *Vocabulario de la lengua castellana y mexicana.* Cultura Hispánica, Madrid.

Moreno Islas, Manuel

- 1996 *Mis notas sobre el sendero.* Edición particular, México.

Mummert, Gail

- 1998 Repensar la salud-enfermedad-atención en México desde las ciencias sociales. *Relaciones. Salud, experiencia y enfermedad*, núm.74, El Colegio de Michoacán, Zamora: 15-33.

Muñoz-Bernand, Carmen

- 1979 Sistemas de interpretación de enfermedades en la medicina tradicional del Ecuador. *Estudios del Tercer Mundo. Medicina tradicional alternativa para la salud*, vol. 2, núm. 4, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, México: 677-687.

- Olgún, Gabriela
2000 *Los mecanismos de control de la OIT en materia de derechos indígenas. Aplicación internacional del Convenio número 169.* Ce-Acatl, México.
- Olmos Molina, Aldo y Olympos José Trinidad Serra
1977 La asistencia médico sanitaria en las poblaciones indígenas. *América Indígena*, vol. XXXVII, núm. 1, Instituto Indigenista Interamericano, México: 179-183.
- Ortiz Echániz, Silvia
1978 La relación médico-paciente en el espiritualismo trinitario mariano. Viesca Treviño, Carlos (ed.) *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México: 127-132.
1984a La curación espiritualista. *Cuicuilco*, vol. IV, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México: 32-39.
1984b Medicina tradicional y medicina científica: El caso de la curación espiritualista. *Acta Médica de la Escuela Superior de Medicina*, vol. XX, Instituto Politécnico Nacional, México: 49-52.
1986 La curación como base del proselitismo de una doctrina religiosa. *Estudios de antropología médica*, núm. 4, México: 91-96.
1990 *Una religiosidad popular: El espiritualismo trinitario mariano.* Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- Ortiz Echániz, Silvia (coord.)
1999 La medicina tradicional en el norte de México. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- Page, Jaime
s/f *La medicina maya: pasado y presente.* Instituto Nacional Indigenista, Universidad Nacional Autónoma de Chiapas, Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, Organización de Terapeutas Indígenas Tzeltales, San Cristóbal de las Casas.
1996 *Religión y política en el consumo de prácticas médicas en una comunidad tzotzil. Estudio de caso.* Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, México.
2000 Construcción de la noción de persona entre los tzotziles de San Juan Chamula y pedranos de Chenalhó, Chiapas. *Pueblos y Fronteras*, núm. 1, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México: 25-55.
- Palma, Erasmo y Fructuoso Irigoyen
s.f. *Cha okó. Me duele mucho. Manual de propedéutica en rarámuri.* (Versión mimeografiada).
- Parsons, Talcott
1957 Categorías fundamentales de la teoría de la acción. Declaración general. Sport, W.J.H (coord.) *Sobre la teoría general de la acción*, Cuadernos del Boletín del Instituto de Sociología, Buenos Aires: 33-68.
1966 *El sistema social.* Revista de Occidente, Madrid.
1972 Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure. Garty, Jaco (ed.) *Patients, Physicians and Illness*, The Free Press, New York: 97-117.
- Pedraza, Zandra
1999 *En cuerpo y alma. Visiones del progreso y de la felicidad.* Departamento de Antropología, Universidad de los Andes, Bogotá.

Bibliografía

- Peña, Francisco de la
1999 *El movimiento de la mexicanidad o la invención del otro. Neo-tradición, milenarismo e imaginario indígena.* Tesis doctoral, École des Hautes Études en Sciences Sociales, París.
- Perrin, Michel
1979 *Proyectos para la promoción de la salud entre los guajiros. Estudios del Tercer Mundo. Medicina tradicional alternativa para la salud, vol. 2, núm. 4, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, México: 663-668.*
- Pinzón, Carlos y Gloria Garay
1997a *Violencia, cuerpo y persona. Capitalismo, multisubjetividad y cultura popular.* Equipo de Cultura y Salud, Bogotá.
1997b *Las nuevas construcciones simbólicas en América Latina. Entre lo global y lo local.* Equipo de Cultura y Salud, Bogotá.
- Pinzón, Carlos y Rosa Suárez
1992 *Las mujeres lechuza. Historia, cuerpo y brujería en Boyacá.* Instituto Colombiano de Antropología, Bogotá.
- Pitarch, Pedro
1996 *Ch'ulel: una etnografía de las almas tzeltales.* Fondo de Cultura Económica, México.
- Polgar, Steven
1968 *Health. International Encyclopedia of the Social Sciences, vol. 5 y 6, The Mac Millan Publishers, The Free Press, New York: 330-336.*
- Prestan Simon, Arnulfo
1979 *Resistencia de los kunas a la medicina moderna. Estudios del Tercer Mundo. Medicina tradicional alternativa para la salud, vol. 2, núm. 4, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, México: 753-759.*
- Pría, Melba
2001 *Indigenismos. Indigenismos. Reflexiones críticas,* Instituto Nacional Indigenista, México: 13-22.
- Quezada, Noemí
1975 *Métodos conceptivos y abortivos tradicionales. Anales de Antropología, vol. 12, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México: 223-241*
1979 *Creencias tradicionales sobre embarazo y parto. Estudios del Tercer Mundo. Medicina tradicional alternativa para la salud, vol. 2, núm. 4, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, México: 709-722.*
1984 *Amor y magia amorosa entre los aztecas.* Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
2000 *Enfermedad y maleficio.* Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Redfield, Robert
1928 *Remedial Plants of Tepoztlán. A Mexican Folk Herbal. Journal of the Washington Academy of Science, no. 18, Washington: 216-226.*
1930 *Tepoztlán. A Mexican Village.* University of Chicago Press, Chicago.
1941 *The Folk Culture of Yucatán.* University of Chicago Press, Chicago.

- Redfield, Robert y Margaret Park
1940 Disease and its Treatment in Dzitas, Yucatán. *Contributions to American Anthropology and History*, vol. VI, Carnegie Institution of Washington, Washington: 53-79.
- Rivers, William
1924 *Medicine, Magic and Religión*. Harcourt, New York.
- Rojas, Rosa
2002 Acepta la OIT queja de sindicatos porque el gobierno de México incumple el Convenio 169. *La jornada*, sección política, 20 de junio, México.
- Ruiz, Adriana
2000 Hambre y enfermedad: Armas eficaces contra los derechos humanos. Daltabuit, Magali, Juana Mejía y Rosa Lilia Álvarez (coords.) *Calidad de vida, salud y ambiente*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional Indigenista, México: 221-230.
- Ruz, Mario
1992 Los profesionales de la medicina. Campos Navarro, Roberto (comp.) *La antropología médica en México*, tomo II, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 182-200.
- Ryeski, Diana
1976 *Conceptos tradicionales de la medicina en un pueblo mexicano. Un análisis antropológico*. Secretaría de Educación Pública, México.
1978 La medicina oficial y tradicional: algunas contradicciones. Viesca Treviño, Carlos (ed.) *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México: 83-94.
- Sáenz, Moisés
1936 *Carapan. Bosquejo de una experiencia*. Lima.
- Sahagún, Bernardino de
1956 *Historia general de las cosas de la Nueva España*. Porrúa, México.
- Sánchez, Consuelo
1999 *Los pueblos indígenas: Del indigenismo a la autonomía*. Siglo XXI Editores, México.
- Sandstrom, Alan
1978 *The Image of Disease. Medical Practices of Nahua Indians of the Huasteca*. (Versión mimeografiada).
- Sauvain-Dugerdil, Claudine
2000 Un proyecto de vida para transmitir una vida de calidad. Consideraciones acerca de la noción de salud reproductiva. Daltabuit, Magali, Juana Mejía y Rosa Lilia Álvarez (coords.) *Calidad de vida, salud y ambiente*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional Indigenista, México: 179-198.
- Scotch, Norman
1963 *Medical Anthropology. Biennial review of anthropology*. Stanford University Press. California: 30-68

Bibliografía

- Seijas, Haydée
1979 Los estudios de etnomedicina en Venezuela. *Estudios del Tercer Mundo. Medicina tradicional alternativa para la salud*, vol. 2, núm. 4, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, México: 697-707.
- Sigerist, Henry
1946 *Civilización y enfermedad*. Fondo de Cultura Económica, México.
1981 *Hitos en la historia de la salud pública*. Siglo XXI, México.
- Signorini, Italo y Alessandro Lupo
1989 *Los tres ejes de la vida*. Universidad Veracruzana, Jalapa.
- Strug, David
1979 Tomás, promotor de la medicina nativa boliviana. *Estudios del Tercer Mundo. Medicina tradicional alternativa para la salud*, vol. 2, núm. 4, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, México: 689-696.
- Tecla Jiménez, Alfredo
1982 *Enfermedad y clase obrera*. Instituto Politécnico Nacional, México.
1992 *Lo social, lo médico y su articulación*. Ediciones Taller Abierto, México.
- Ugalde, Antonio
1995 *Violencia, Estado y salud en América Latina*. Editorial Nueva Imagen, México.
- Ulate, Jeannette y Benno de Keijzer
1985 *Sistemas de salud popular y participación popular: Los casos de Nicaragua y México*. *Nueva antropología*, vol. VII, núm. 28, México: 153-176.
- Van Zantwijk, R.A.M
1991 *Los servidores de los santos*. Instituto Nacional Indigenista, México.
- Vargas, Luis Alberto
1978 Definiciones y características de la relación médico-paciente. Viesca Treviño, Carlos (ed.) *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México: 19-36.
- Vargas, Luis Alberto y Leticia Casillas
1992 *La antropología médica en México*. Campos Navarro, Roberto (comp.) *La antropología médica en México*, tomo 4, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 78-93.
- Vega Franco, Leopoldo y Héctor García Manzanedo
1976 *Bases esenciales de la salud pública*. La Prensa Médica Mexicana, México.
- Viesca Treviño, Carlos
1978 Modelos humanistas de transculturación médica. Viesca Treviño, Carlos (ed.) *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México: 223-231.
1979 Problemática y vigencia de la medicina tradicional. *Estudios del Tercer Mundo. Medicina tradicional alternativa para la salud*, vol. 2, núm. 4, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, México: 635-644.
1992 Veinte años de investigación en medicina tradicional en México. Campos Navarro, Roberto (comp.) *La antropología médica en México*, tomo 1, Instituto Mora, Universidad

Autónoma Metropolitana, México: 115-138.

Villa Rojas, Alfonso

1947 Kinship and Nagualism in a Tzeltal Community. Southeastern México. *American Anthropologist*, no. 49, USA: 578-587.

1963 El nagualismo como recurso de control social entre los grupos mayences de Chiapas, México. *Estudios de Cultura Maya*, núm. 3, México: 243-260.

1978 *Los elegidos de Dios. Etnografía de los mayas de Quintana Roo*. Instituto Nacional Indigenista, México.

Wulff, Henrik

1976 *Rational Diagnosis and Treatment*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.

Ysunza, Alberto

2000 Nutrición, salud y migración como indicadores de calidad de vida en población indígena oaxaqueña. Daltabuit, Magali, Juana Mejía y Rosa Lilia Álvarez (coords.) *Calidad de vida, salud y ambiente*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional Indigenista, México: 231-246.

Zolla, Carlos

1979 La etnobotánica en el estudio de la medicina tradicional mexicana. *Estudios del Tercer Mundo. Medicina tradicional alternativa para la salud*, vol. 2, núm. 4, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, México: 669-675.

1988 *Medicina tradicional y enfermedad*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Apéndices

Los apéndices incluidos tienen como finalidad facilitar al lector la consulta de documentos a los que se hace referencia durante la primera parte de la tesis. El primero de ellos es un cuadro sinóptico que Gonzalo Aguirre Beltrán incluye en su libro *Programas de salud en la situación intercultural* (1994b) con el objetivo de ejemplificar la forma en la cual diversas instituciones han respondido al fenómeno de la coexistencia de sistemas médicos distintos.

Así, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) —por medio del programa COPLAMAR— enfrenta la persistencia de otras formas médicas, privilegiando a la medicina “científica”. Por su parte, el Consejo Mundial de las Iglesias propone la coexistencia de los sistemas médicos mediante el respeto a las prácticas médicas “no científicas”, lo que impide su integración. Aguirre Beltrán considera fundamental dicha integración por ello, como director del Instituto Nacional Indigenista (INI), propone la conversión parcial de los sistemas médicos “tradicionales”, con ayuda de lo que llama “adaptación selectiva”. Finalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera posible la conversión pero por medio de la “adaptación sincrética”.

Como segundo apéndice se ha incluido el Convenio número 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ya que resulta fundamental para entender y analizar las políticas gubernamentales que se han dispuesto para beneficio de los pueblos indígenas en México. Es importante señalar que jurídicamente un documento como éste atribuye derechos y obligaciones a los países firmantes, comprometiéndoles para la ejecución de sus estatutos.

El Convenio 169 responde a la necesidad de adecuar uno anterior (aprobado en 1957 con el número 107) que tenía como objetivo la integración de los llamados pueblos indígenas y tribales al “desarrollo” económico y social de los proyectos nacionales, mediante la homogeneización de la cultura. De tal modo que el actual Convenio fue adoptado el 27 de junio de 1989 por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo durante su septuagésima sexta reunión donde se le asignó entrada en vigor el 5 de septiembre de 1991, de conformidad con el artículo 38. México lo ratificó a través del Senado el 11 de junio de 1990 y fue publicado en el Diario Oficial el 24 de enero de 1991 sin que haya sido revocado hasta la fecha. No hace falta decir que a pesar de ello el Estado mexicano constantemente incumple con lo dispuesto por este Convenio.

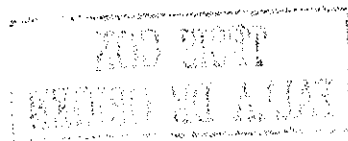
A pesar de que el interés de esta investigación se centra únicamente en temáticas relacionadas con la salud, se anexa el texto completo del Convenio 169 por considerarlo un documento sumamente importante para los estudios de carácter antropológico desarrollados en comunidades indígenas en general. Además, es el único documento que internacionalmente considera los estudios socioculturales como condición ineludible para la realización de proyectos en comunidades indígenas. Las partes del documento que se consideran importantes para este estudio se han resaltado con cursivas.

El llamado a la “protección y promoción de la salud para todas las personas del mundo”

que en 1978 hizo la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud --conocida como Declaración de Alma Ata-- constituye el tercer apéndice aquí incluido. A pesar de que este documento no tiene valor jurídico, cabe destacar que México se comprometió a cumplir con lo estipulado en él. La declaración de Alma Ata es uno de los primeros documentos en los cuales se cuestiona y analiza la noción de bienestar que la OMS utiliza para definir el concepto de salud.

El cuarto apéndice, la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, tiene mucha similitud con la Declaración de Alma Ata ya que ambas derivan de reuniones internacionales cuyo propósito es el mismo: "la salud para todos". Mediante la Carta de Ottawa, la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud propuso en 1986 la consecución de este objetivo para el año 2000. México, una vez más, se comprometió con lo entonces declarado.

Finalmente, como quinto apéndice se incluye la Declaración de Cherán en Defensa de la Medicina Tradicional, documento sumamente importante para la antropología médica y para las comunidades indígenas del país, quienes mediante este se pronuncian en contra de la exclusión jurídica y social de las prácticas médicas "no científicas".



Apéndice I
Cambio sociocultural en medicina*

Nivel de integración	Tendencia	Meta	Institución
Concentración	Hegemónica	Frecuencia de lo natural	Instituto Mexicano de Seguridad Social COPLAMAR
Dispersión	Etnicista	Coexistencia de lo natural y lo sacro	Consejo Mundial de las Iglesias
Conversión (adaptación selectiva)	Indigenista	Integración sólo en la esfera de la causalidad natural	Instituto Nacional Indigenista INI
Conversión (adaptación sincrética)	Igualitaria	Integración holística en lo natural y en lo sacro	Organización Mundial de la Salud OMS

* Tomado del libro *Programas de salud en la situación intercultural* (Aguirre Beltrán, 1995).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Apéndice 2

Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Convenio No. 169

Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo:

Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 27 de junio de 1989, en su septuagésima sexta reunión.

Observando las normas internacionales enunciadas en el Convenio y en la Recomendación sobre poblaciones indígenas y tribales, 1957;

Recordando los términos de la Declaración Universal de Derechos Humanos, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y de los numerosos instrumentos internacionales sobre la prevención de la discriminación;

Considerando que la evolución del derecho internacional desde 1957 y los cambios sobrevenidos en la situación de los pueblos indígenas y tribales en todas las regiones del mundo hacen aconsejable adoptar nuevas normas internacionales en la materia, *a fin de eliminar la orientación hacia la asimilación de las normas anteriores;*

Reconociendo las aspiraciones de esos pueblos a asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico y a mantener y fortalecer sus identidades, lenguas y religiones, dentro del marco de los Estados en que viven;

Observando que en muchas partes del mundo esos pueblos no pueden gozar de los derechos humanos fundamentales en el mismo grado que el resto de la población de los Estados en que viven y que sus leyes, valores, costumbres y perspectivas han sufrido a menudo una erosión;

Recordando la particular contribución de los pueblos indígenas y tribales a la diversidad cultural, a la armonía social y ecológica de la humanidad y a la cooperación y comprensión internacionales;

Observando que las disposiciones que siguen han sido establecidas con la colaboración de las Naciones Unidas, de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y de la Organización Mundial de la Salud, *así como del Instituto Indigenista Interamericano*, a los niveles apropiados y en sus esferas respectivas, y que se tiene el propósito de continuar esa colaboración a fin de promover y asegurar la aplicación de estas disposiciones.

Después de haber decidido adoptar diversas proposiciones sobre la revisión parcial del Convenio sobre poblaciones indígenas y tribales, 1957 (núm. 107), cuestión que constituye el cuarto punto del orden del día de la reunión;

y después de haber decidido que dichas proposiciones revistan la forma de un convenio internacional que revise el Convenio sobre poblaciones indígenas y tribales, 1957; adopta, con fecha veintisiete de junio de mil novecientos ochenta y nueve, el siguiente Convenio, que podrá ser citado como el Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989:

Parte I. Política general

Artículo 1

1. El presente Convenio se aplica:
 - a) a los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distinguen de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial;
 - b) a los pueblos en países independientes, *considerados indígenas* por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, *conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas;*
2. *La conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos a los que se aplican las disposiciones del presente Convenio;*
3. La utilización del término *pueblos* en este Convenio no deberá interpretarse en el sentido que tenga implicación alguna en lo que atañe a los derechos que pueda conferirse a dicho término en el derecho internacional.

Artículo 2

1. Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una *acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad.*
2. Esta acción deberá incluir medidas:
 - a) que aseguren a los miembros de dichos pueblos gozar, en pie de igualdad, de los derechos y oportunidades que la legislación nacional otorga a los demás miembros de la población;
 - b) que promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, *respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones;*
 - c) que ayuden a los miembros de los pueblos interesados a *eliminar las diferencias socioeconómicas* que puedan existir entre los miembros indígenas y los demás miembros de la comunidad nacional, de una manera *compatible con sus aspiraciones y formas de vida.*

Artículo 3

1. Los pueblos indígenas y tribales deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación. Las disposiciones de este Convenio se aplicarán sin discriminación a los hombres y mujeres de esos pueblos.
2. *No deberá emplearse ninguna forma de fuerza o de coerción que viole los derechos humanos y*

las libertades fundamentales de los pueblos interesados, incluidos los derechos contenidos en el presente Convenio.

Artículo 4

1. Deberán adoptarse las medidas especiales que se precisen para *salvaguardar* las personas, las *instituciones*, los bienes, el trabajo, las *culturas* y el medio ambiente de los pueblos interesados.
2. Tales medidas especiales no deberán ser contrarias a los deseos expresados libremente por los pueblos interesados.
3. El goce sin discriminación de los derechos generales de ciudadanía no deberá sufrir menoscabo alguno como consecuencia de tales medidas especiales.

Artículo 5

1. Al aplicar las disposiciones del presente Convenio:
 - a) deberán *reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales* propios de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente;
 - b) deberá *respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones* de esos pueblos;
 - c) deberán adoptarse, con la *participación y cooperación de los pueblos interesados*, medidas encaminadas a allanar las dificultades que experimenten dichos pueblos al afrontar nuevas condiciones de vida y de trabajo.

Artículo 6

1. Al aplicar las disposiciones del presente Convenio, los gobiernos deberán:
 - a) *consultar a los pueblos interesados*, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente;
 - b) establecer *los medios* a través de los cuales los pueblos interesados puedan *participar libremente*, por lo menos en la misma medida que otros sectores de la población, y *a todos los niveles en la adopción de decisiones* en instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole responsables de políticas y programas que les conciernan;
 - c) establecer los medios para el pleno desarrollo de las instituciones e iniciativas de esos pueblos, y en los casos apropiados proporcionar los recursos necesarios para este fin.
2. Las consultas llevadas a cabo en aplicación de este Convenio deberán efectuarse de buena fe y de una manera apropiada a las circunstancias, con la finalidad de llegar a un acuerdo o lograr el consentimiento acerca de las medidas propuestas.

Artículo 7

1. Los pueblos interesados deberán tener el *derecho de decidir sus propias prioridades* en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural. Además, dichos pueblos deberán participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de desarrollo nacional y regional susceptibles de afectarles directamente.

2. El *mejoramiento* de las condiciones de vida y de trabajo y *del nivel de salud* y educación de los pueblos interesados, *con su participación y cooperación*, deberá ser *prioritario* en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento.

3. Los gobiernos deberán velar por que, siempre que haya lugar, *se efectúen estudios*, en cooperación con los pueblos interesados, *a fin de evaluar la incidencia social, espiritual y cultural* y sobre el medio ambiente que las actividades de desarrollo previstas puedan tener sobre esos pueblos. *Los resultados de estos estudios deberán ser considerados como criterios fundamentales para la ejecución de las actividades mencionadas.*

4. Los gobiernos deberán tomar medidas, en cooperación con los pueblos interesados, para *proteger y preservar el medio ambiente de los territorios que habitan.*

Artículo 8

1. Al aplicar la legislación nacional a los pueblos interesados deberán tomarse debidamente en consideración sus *costumbres* o su derecho consuetudinario.

2. Dichos pueblos deberán tener el *derecho de conservar sus costumbres e instituciones propias*, siempre que éstas no sean incompatibles con los derechos fundamentales definidos por el sistema jurídico nacional ni con los derechos humanos internacionalmente reconocidos. Siempre que sea necesario, deberán *establecerse procedimientos para solucionar los conflictos que puedan surgir en la aplicación de este principio.*

3. La aplicación de los párrafos 1 y 2 de este artículo no deberá impedir a los miembros de dichos pueblos ejercer los derechos reconocidos a todos los ciudadanos del país y asumir las obligaciones correspondientes.

Artículo 9

1. En la medida en que ello sea compatible con el sistema jurídico nacional y con los derechos humanos internacionalmente reconocidos, deberán respetarse los métodos a los que los *pueblos interesados recurren tradicionalmente para la represión de los delitos cometidos por sus miembros.*

2. Las autoridades y los tribunales llamados a pronunciarse sobre cuestiones penales deberán tener en cuenta las costumbres de dichos pueblos en la materia.

Artículo 10

1. Cuando se impongan sanciones penales previstas por la legislación general a miembros de dichos pueblos deberán tenerse en cuenta sus características económicas, sociales y culturales.
2. Deberá darse la preferencia a tipos de sanción distintos del encarcelamiento.

Artículo 11

1. La ley deberá prohibir y sancionar la imposición a miembros de los pueblos interesados de servicios personales obligatorios de cualquier índole, remunerados o no, excepto en los casos previstos por la ley para todos los ciudadanos.

Artículo 12

1. Los pueblos interesados deberán tener protección contra la violación de sus derechos, y poder iniciar procedimientos legales, sea personalmente o bien por conducto de sus organismos representativos, para asegurar el respeto efectivo de tales derechos. Deberán tomarse medidas para garantizar que los miembros de dichos pueblos puedan comprender y hacerse comprender en procedimientos legales, facilitándoles, si fuere necesario, intérpretes u otros medios eficaces.

Parte II. Tierras

Artículo 13

1. Al aplicar las disposiciones de esta parte del Convenio, los gobiernos deberán respetar la importancia especial que para las culturas y valores espirituales de los pueblos interesados reviste su relación con las tierras o territorios, o con ambos, según los casos, que ocupan o utilizan de alguna otra manera, y en particular los aspectos colectivos de esa relación.
2. La utilización del término *tierras* en los artículos 15 y 16 deberá incluir el concepto de territorios, lo que cubre la totalidad del hábitat de las regiones que los pueblos interesados ocupan o utilizan de alguna otra manera.

Artículo 14

1. Deberá reconocerse a los pueblos interesados el derecho de propiedad y de posesión sobre las tierras que tradicionalmente ocupan. Además, en los casos apropiados, deberán tomarse medidas para salvaguardar el derecho de los pueblos interesados a utilizar tierras que no estén exclusivamente ocupadas por ellos, pero a las que hayan tenido tradicionalmente acceso para sus actividades tradicionales y de subsistencia. A este respecto, deberá prestarse particular atención a la situación de los pueblos nómadas y de los agricultores itinerantes.
2. Los gobiernos deberán tomar las medidas que sean necesarias para determinar las tierras que los pueblos interesados ocupan tradicionalmente y garantizar la protección efectiva de sus derechos de propiedad y posesión.
3. Deberán instituirse procedimientos adecuados en el marco del sistema jurídico nacional para solucionar las reivindicaciones de tierras formuladas por los pueblos interesados.

Artículo 15

1. Los derechos de los pueblos interesados a los recursos naturales existentes en sus tierras deberán protegerse especialmente. Estos derechos comprenden el derecho de esos pueblos a participar en la utilización, administración y conservación de dichos recursos.
2. En caso de que pertenezca al Estado la propiedad de los minerales o de los recursos del subsuelo, o tenga derechos sobre otros recursos existentes en las tierras, los gobiernos deberán establecer o mantener procedimientos con miras a consultar a los pueblos interesados, a fin de determinar si los intereses de esos pueblos serían perjudicados, y en qué medida, antes de emprender o autorizar cualquier programa de prospección o explotación de los recursos existentes en sus tierras. Los pueblos interesados deberán participar siempre que sea posible en los beneficios que reporten tales actividades, y percibir una indemnización equitativa por cualquier daño que puedan sufrir como resultado de esas actividades.

Artículo 16

1. A reserva de lo dispuesto en los párrafos siguientes de este artículo, los pueblos interesados no deberán ser trasladados de las tierras que ocupan.
2. Cuando excepcionalmente el traslado y la reubicación de esos pueblos se consideren necesarios, sólo deberán efectuarse con su consentimiento, dado libremente y con pleno conocimiento de causa. Cuando no pueda obtenerse su consentimiento, el traslado y la reubicación sólo deberá tener lugar al término de procedimientos adecuados establecidos por la legislación nacional, incluidas encuestas públicas, cuando haya lugar, en que los pueblos interesados tengan la posibilidad de estar efectivamente representados.
3. Siempre que sea posible, estos pueblos deberán tener el derecho de regresar a sus tierras tradicionales en cuanto dejen de existir las causas que motivaron su traslado y reubicación.
4. Cuando el retorno no sea posible, tal como se determine por acuerdo o, en ausencia de tales acuerdos, por medio de procedimientos adecuados, dichos pueblos deberán recibir, en todos los casos posibles, tierras cuya calidad y cuyo estatuto jurídico sean por lo menos iguales a los de las tierras que ocupaban anteriormente, y que les permitan subvenir a sus necesidades y garantizar su desarrollo futuro. Cuando los pueblos interesados prefieran recibir una indemnización en dinero o en especie, deberá concedérseles dicha indemnización, con las garantías apropiadas.
5. Deberá indemnizarse plenamente a las personas trasladadas y reubicadas por cualquier pérdida o daño que hayan sufrido como consecuencia de su desplazamiento.

Artículo 17

1. Deberán respetarse las modalidades de transmisión de los derechos sobre la tierra entre los miembros de los pueblos interesados establecidas por dichos pueblos.
2. Deberá consultarse a los pueblos interesados siempre que se considere su capacidad de enajenar sus tierras o de transmitir de otra forma sus derechos sobre estas tierras fuera de su comunidad.
3. Deberá impedirse que personas extrañas a esos pueblos puedan aprovecharse de las

costumbres de esos pueblos o de su desconocimiento de las leyes por parte de sus miembros para arrogarse la propiedad, la posesión o el uso de las tierras pertenecientes a ellos.

Artículo 18

1. La ley deberá prever sanciones apropiadas contra toda intrusión no autorizada en las tierras de los pueblos interesados o todo uso no autorizado de las mismas por personas ajenas a ellos, y los gobiernos deberán tomar medidas para impedir tales infracciones.

Artículo 19

1. Los programas agrarios nacionales deberán garantizar a los pueblos interesados condiciones equivalentes a las que disfruten otros sectores de la población, a los efectos de:

- a) la asignación de tierras adicionales a dichos pueblos cuando las tierras de que dispongan sean insuficientes para garantizarles los elementos de una existencia normal o para hacer frente a su posible crecimiento numérico;
- b) el otorgamiento de los medios necesarios para el desarrollo de las tierras que dichos pueblos ya poseen.

Parte III. Contratación y condiciones de empleo

Artículo 20

1. Los gobiernos deberán adoptar, en el marco de su legislación nacional y en cooperación con los pueblos interesados, medidas especiales para garantizar a los trabajadores pertenecientes a esos pueblos una protección eficaz en materia de contratación y condiciones de empleo, en la medida en que no estén protegidos eficazmente por la legislación aplicable a los trabajadores en general.

2. Los gobiernos deberán hacer cuanto esté en su poder por evitar cualquier discriminación entre los trabajadores pertenecientes a los pueblos interesados y los demás trabajadores, especialmente en lo relativo a:

- a) acceso al empleo, incluidos los empleos calificados y las medidas de promoción y de ascenso;
- b) remuneración igual por trabajo de igual valor;
- c) asistencia médica y social, seguridad e higiene en el trabajo, todas las prestaciones de seguridad social y demás prestaciones derivadas del empleo, así como la vivienda;
- d) derecho de asociación, derecho a dedicarse libremente a todas las actividades sindicales para fines lícitos, y derecho a concluir convenios colectivos con empleadores o con organizaciones de empleadores.

3. Las medidas adoptadas deberán en particular garantizar que:

- a) los trabajadores pertenecientes a los pueblos interesados, incluidos los trabajadores estacionales, eventuales y migrantes empleados en la agricultura o en otras actividades, así como los empleados por contratistas de mano de obra, gocen de la protección que

confieren la legislación y la práctica nacionales a otros trabajadores de estas categorías en los mismos sectores, y sean plenamente informados de sus derechos con arreglo a la legislación laboral y de los recursos de que disponen;

b) los trabajadores pertenecientes a estos pueblos no estén sometidos a condiciones de trabajo peligrosas para su salud, en particular como consecuencia de su exposición a plaguicidas o a otras sustancias tóxicas;

c) los trabajadores pertenecientes a estos pueblos no estén sujetos a sistemas de contratación coercitivos, incluidas todas las formas de servidumbre por deudas;

d) los trabajadores pertenecientes a estos pueblos gocen de igualdad de oportunidades y de trato para hombres y mujeres en el empleo y de protección contra el hostigamiento sexual.

4. Deberá prestarse especial atención a la creación de servicios adecuados de inspección del trabajo en las regiones donde ejerzan actividades asalariadas trabajadores pertenecientes a los pueblos interesados, a fin de garantizar el cumplimiento de las disposiciones de esta parte del presente Convenio.

Parte IV. Formación profesional, artesanía e industrias rurales

Artículo 21

1. Los miembros de los pueblos interesados deberán poder disponer de medios de formación profesional por lo menos iguales a los de los demás ciudadanos.

Artículo 22

1. Deberán tomarse medidas para promover la participación voluntaria de miembros de los pueblos interesados en programas de formación profesional de aplicación general.

2. Cuando los programas de formación profesional de aplicación general existentes no respondan a las necesidades especiales de los pueblos interesados, los gobiernos deberán asegurar, con la participación de dichos pueblos, que se pongan a su disposición programas y medios especiales de formación.

3. Estos programas especiales de formación deberán basarse en el entorno económico, las condiciones sociales y culturales y las necesidades concretas de los pueblos interesados. Todo estudio a este respecto deberá realizarse en cooperación con esos pueblos, los cuales deberán ser consultados sobre la organización y el funcionamiento de tales programas. Cuando sea posible, esos pueblos deberán asumir progresivamente la responsabilidad de la organización y el funcionamiento de tales programas especiales de formación, si así lo deciden.

Artículo 23

1. La artesanía, las industrias rurales y comunitarias y las actividades tradicionales y relacionadas con la economía de subsistencia de los pueblos interesados, como la caza, la pesca, la caza con trampas y la recolección, deberán reconocerse como factores importantes del mantenimiento de su cultura y de su autosuficiencia y desarrollo económicos. Con la participación de esos pueblos, y siempre que haya lugar, los gobiernos deberán velar por que se fortalezcan y

fomenten dichas actividades.

2. A petición de los pueblos interesados, deberá facilitárseles, cuando sea posible, una asistencia técnica y financiera apropiada que tenga en cuenta las técnicas tradicionales y las características culturales de esos pueblos y la importancia de un desarrollo sostenido y equitativo.

Parte V. Seguridad social y salud

Artículo 24

1. Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

Artículo 25

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

Parte VI. Educación y medios de comunicación

Artículo 26

1. Deberán adoptarse medidas para garantizar a los miembros de los pueblos interesados la posibilidad de adquirir una educación a todos los niveles, por lo menos en pie de igualdad con el resto de la comunidad nacional.

Artículo 27

1. Los programas y los servicios de educación destinados a los pueblos interesados deberán desarrollarse y aplicarse en cooperación con éstos a fin de responder a sus necesidades particulares, y deberán abarcar su historia, sus conocimientos y técnicas, sus sistemas de valores y todas sus demás aspiraciones sociales, económicas y culturales.

2. La autoridad competente deberá asegurar la formación de miembros de estos pueblos y su participación en la formulación y ejecución de programas de educación, con miras a transferir progresivamente a dichos pueblos la responsabilidad de la realización de esos programas, cuando haya lugar.

3. Además, los gobiernos deberán reconocer el derecho de esos pueblos a crear sus propias

instituciones y medios de educación, siempre que tales instituciones satisfagan las normas mínimas establecidas por la autoridad competente en consulta con esos pueblos. Deberán facilitárseles recursos apropiados con tal fin.

Artículo 28

1. Siempre que sea viable, deberá enseñarse a los niños de los pueblos interesados a leer y a escribir en su propia lengua indígena o en la lengua que más comúnmente se hable en el grupo a que pertenezcan. Cuando ello no sea viable, las autoridades competentes deberán celebrar consultas con esos pueblos con miras a la adopción de medidas que permitan alcanzar este objetivo.
2. Deberán tomarse medidas adecuadas para asegurar que esos pueblos tengan la oportunidad de llegar a dominar la lengua nacional o una de las lenguas oficiales del país.
3. Deberán adoptarse disposiciones para preservar las lenguas indígenas de los pueblos interesados y promover el desarrollo y la práctica de las mismas.

Artículo 29

1. Un objetivo de la educación de los niños de los pueblos interesados deberá ser impartirles conocimientos generales y aptitudes que les ayuden a participar plenamente y en pie de igualdad en la vida de su propia comunidad y en la de la comunidad nacional.

Artículo 30

1. Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.
2. A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

Artículo 31

1. Deberán adoptarse medidas de carácter educativo en todos los sectores de la comunidad nacional, y especialmente en los que estén en contacto más directo con los pueblos interesados, con objeto de eliminar los prejuicios que pudieran tener con respecto a esos pueblos. A tal fin, deberán hacerse esfuerzos por asegurar que los libros de historia y demás material didáctico ofrezcan una descripción equitativa, exacta e instructiva de las sociedades y culturas de los pueblos interesados.

Parte VII. Contactos y cooperación a través de las fronteras

Artículo 32

1. Los gobiernos deberán tomar medidas apropiadas, incluso por medio de acuerdos internacionales, para facilitar los contactos y la cooperación entre pueblos indígenas y tribales a través de las fronteras, incluidas las actividades en las esferas económica, social, cultural, espiritual y del medio ambiente.

Parte VIII. Administración

Artículo 33

1. La autoridad gubernamental responsable de las cuestiones que abarca el presente Convenio deberá asegurarse de que existen instituciones u otros mecanismos apropiados para administrar los programas que afecten a los pueblos interesados, y de que tales instituciones o mecanismos disponen de los medios necesarios para el cabal desempeño de sus funciones.

2. Tales programas deberán incluir:

- a) la planificación, coordinación, ejecución y evaluación, en cooperación con los pueblos interesados, de las medidas previstas en el presente Convenio;
- b) la proposición de medidas legislativas y de otra índole a las autoridades competentes y el control de la aplicación de las medidas adoptadas en cooperación con los pueblos interesados.

Parte IX. Disposiciones generales

Artículo 34

1. La naturaleza y el alcance de las medidas que se adopten para dar efecto al presente Convenio deberán determinarse con flexibilidad, *teniendo en cuenta las condiciones propias de cada país.*

Artículo 35

1. *La aplicación de las disposiciones del presente Convenio no deberá menoscabar los derechos y las ventajas garantizados a los pueblos interesados en virtud de otros convenios y recomendaciones, instrumentos internacionales, tratados, o leyes, laudos, costumbres o acuerdos nacionales.*

Parte X. Disposiciones finales

Artículo 36

1. Este Convenio revisa el Convenio sobre poblaciones indígenas y tribales, 1957.

Artículo 37

1. Las ratificaciones formales del presente Convenio serán comunicadas, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.

Artículo 38

1. Este Convenio obligará únicamente a aquellos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuyas ratificaciones haya registrado el Director General.

2. Entrará en vigor doce meses después de la fecha en que las ratificaciones de dos Miembros hayan sido registradas por el Director General.

3. Desde dicho momento, este Convenio entrará en vigor, para cada Miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación.

Artículo 39

1. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio podrá denunciarlo a la expiración de un período de diez años, a partir de la fecha en que se haya puesto inicialmente en vigor, mediante un acta comunicada, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. La denuncia no surtirá efecto hasta un año después de la fecha en que se haya registrado.

2. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio y que, en el plazo de un año después de la expiración del período de diez años mencionado en el párrafo precedente, no haga uso del derecho de denuncia previsto en este artículo, quedará obligado durante un nuevo período de diez años, y en lo sucesivo podrá denunciar este Convenio a la expiración de cada período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

Artículo 40

1. El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de cuantas ratificaciones, declaraciones y denuncias le comuniquen los Miembros de la Organización.

2. Al notificar a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada, el Director General llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente Convenio.

Artículo 41

1. El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo comunicará al Secretario General de las Naciones Unidas, a los efectos del registro y de conformidad con el Artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas, una información completa sobre todas las ratificaciones, declaraciones y actas de denuncia que haya registrado de acuerdo con los artículos precedentes.

Artículo 42

1. Cada vez que lo estime necesario, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo presentará a la Conferencia una memoria sobre la aplicación del Convenio, y considerará la conveniencia de incluir en el orden del día de la Conferencia la cuestión de su revisión total o parcial.

Artículo 43

1. En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión total o parcial del presente, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario:

a) la ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, ipso jure, la denuncia inmediata de este Convenio, no obstante las disposiciones contenidas en el artículo 39, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor;

b) a partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente Convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros.

2. Este Convenio continuará en vigor en todo caso, en su forma y contenido actuales, para los Miembros que lo hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor.

Apéndice 3

Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata.

URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978

La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo, establece la siguiente Declaración:

I

La Conferencia reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

II

La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países.

III

El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.

IV

Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

V

Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que puede ser conseguida sólo mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas. Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida productiva social y

económicamente. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo.

VI

La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada.

VII

La atención primaria sanitaria:

- (1) Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública.
- (2) Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.
- (3) Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiando tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.
- (4) Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.
- (5) Requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.

(6) Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados.

(7) Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deberían cooperar con un espíritu de fraternidad y de servicio para asegurar la atención primaria sanitaria a toda la población, ya que la consecución de la salud, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a cualquier otro país. En este contexto, el informe conjunto OMS/ UNICEF sobre atención primaria constituye una base sólida para el futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria en todo el mundo.

X

Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, una considerable parte de los cuales se gastan hoy día en armamento y conflictos militares. Una política genuina de independencia, paz y desarmamento podrían ser bien empleados en objetivos pacíficos y, en particular, en la aceleración del desarrollo social y económico, entre los que la atención primaria sanitaria, como parte esencial, debería recibir su parte proporcional adecuada.

La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamamiento urgente y efectivo para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional.

Urge, por parte de los gobiernos, de la OMS, de la UNICEF y de otras organizaciones internacionales, así como por parte de agencias multilaterales o bilaterales, organizaciones no gubernamentales, agencias de financiación, todos los profesionales sanitarios y el total de la comunidad mundial, mantener la obligación nacional e internacional hacia la atención primaria sanitaria y canalizar un soporte técnico y financiero cada vez mayor, particularmente en los países en vías de desarrollo.

Apéndices

La Conferencia hace un llamamiento a todos los foros mencionados para colaborar en introducir, desarrollar y mantener la atención primaria sanitaria, de acuerdo con el espíritu y contenido de esta Declaración.

Apéndice 4

Carta de Ottawa para la promoción de la salud

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2.000.". Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

Promocionar la salud

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Prerrequisitos para la salud

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

Promocionar el concepto

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

Proporcionar los medios

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud

potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determina su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres

Actuar como mediador

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están implicadas en tanto que individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

La participación activa en la promoción de la salud implica:

La elaboración de una política pública sana

Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto.

La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos, si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, de una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio.

La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

La creación de ambientes favorables

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable unen al individuo y

su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial.

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.

El reforzamiento de la acción comunitaria

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

El desarrollo de las aptitudes personales

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior

de las instituciones mismas.

La reorientación de los servicios sanitarios

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

Irrumpir en el futuro

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deban tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación.

El compromiso a favor de la promoción de la salud

Los participantes en esta conferencia se comprometen:

- 1) a intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar en favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores.
- 2) a oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales. Asimismo se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas.

3) a eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades.

4) a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos y sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general.

5) a reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo.

6) a reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen la mejor meta e inversión posibles y a tratar de la cuestión ecológica global que suponen nuestras formas de vida. La conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza en favor de la salud.

Llamada a la acción internacional

La Conferencia llama a la Organización Mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar en favor de la salud en todos los foros apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud.

La Conferencia tiene el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados unan sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta CARTA, el objetivo "Salud para Todos en el año 2.000" se hará realidad.

Apéndice 5

Declaración de Cherán en Defensa de la Medicina Tradicional. 19, 20 y 21 de abril de 2002. Cherán, Michoacán

Con la participación de comunidades indígenas, médicos tradicionales y organizaciones dedicadas a la difusión y práctica de la medicina tradicional los días 19, 20 y 21 de abril del presente año, en la comunidad purépecha de Cherán, Michoacán, se llevó a cabo el Encuentro Regional de Médicos Tradicionales, teniendo como objetivo analizar la situación de la medicina tradicional en el ámbito social y cultural; su empleo tanto en los pueblos originarios como en sectores populares, y considerando que:

PRIMERO.- En el contexto de las políticas establecidas por el Gobierno Federal en el marco de la medicina tradicional, reflexionamos que el ejercicio libre de nuestra medicina sigue siendo severamente golpeado por el mercado neoliberal en su impulso de actividades cada vez más frecuentes biopiratería, bioprospección, expropiación y privatización del saber tradicional, despojo de las tierras y territorios indígenas e introducción de maíces transgénicos en nuestras comunidades. Por otro lado el Gobierno Federal sigue diseñando propuestas de legislación y políticas con relación a la medicina tradicional sin tomar en cuenta la palabra de los actores que poseen el conocimiento y la práctica milenaria con un reconocimiento de las propias comunidades a las que pertenecen.

SEGUNDO.- Las plantas y todo aquello que nace la madre tierra pertenecen a ésta y a nadie más; el conocimiento indígena tradicional es la base de toda medicina también tradicional, correspondiendo dicho saber a las propias comunidades que lo han generado y a la humanidad entera, más no a un reducido número de empresas que, al cobijo del Estado Mexicano, se han enriquecido a nuestra costa.

TERCERO.- El año pasado el Congreso de la Unión aprobó una reforma constitucional contraria a los derechos conquistados con anterioridad por los pueblos indígenas de México, a los Acuerdos de San Andrés y al Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo; por lo que legislar en este momento con relación a la medicina indígena tradicional no puede resultar sino en detrimento de las comunidades indígenas, como lo refleja la propuesta que actualmente elabora la Dirección de Medicina Tradicional de la Secretaría de Salud.

CUARTO.- El ejercicio libre de la medicina tradicional expresa no sólo la autonomía de los pueblos indígenas, sino de todos aquellos que ejercen la medicina popular y que se exhiben independientes del poder del Estado y de las grandes farmacéuticas. Las comunidades indígenas, médicos tradicionales y organizaciones dedicadas a la difusión y práctica de la medicina tradicional, convocadas y reunidas hacemos la siguiente:

Declaración

PRIMERO.- Como pueblos y comunidades indígenas declaramos la autonomía de nuestras comunidades para seguir ejerciendo como siempre lo hemos hecho la medicina propia, sin

restricciones o prohibiciones del Estado y de las Empresas Farmacéuticas. Como hombres y mujeres que practicamos la medicina popular o nos beneficiamos de ella, también reivindicamos y hacemos efectivo el derecho a ejercer y a utilizar la medicina tradicional o cualquier práctica médica ajena al mercado neoliberal.

SEGUNDO.- Exigimos al Gobierno Federal el cese inmediato de todas las actividades de bioprospección y biopiratería que en las tierras y territorios de nuestras comunidades realizan empresas, universidades e instituciones nacionales y del extranjero. Asimismo rechazamos la introducción de maíces transgénicos, pues éstos atentan contra la madre tierra y la existencia misma de nuestras comunidades.

TERCERO.- Exigimos la derogación inmediata del Decreto emitido por la Secretaría de Salud el pasado siete de diciembre de 1999 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de diciembre del mismo año, por el que se prohíbe el uso de más de 70 plantas medicinales con la clara intención de facilitar su utilización monopólica por parte de los laboratorios farmacéuticos.

CUARTO.- Llamamos a la unidad de las comunidades indígenas, médicos tradicionales, organizaciones no gubernamentales y demás sectores de la sociedad civil que compartan nuestra lucha y se comprometan con la defensa de la medicina tradicional.

QUINTO.- Convocamos a las comunidades indígenas, médicos tradicionales, organizaciones no gubernamentales y demás sectores de la sociedad civil a participar en el Segundo Encuentro en Defensa de la Medicina Tradicional que se realizará los días 22 y 23 de junio del año en curso en la Comunidad Purépecha de Calzonzin, Municipio de Uruapan, Michoacán.

Dada en el territorio de Casimiro Leco, defensor del Pueblo Purépecha, en la Comunidad de Cherán, Municipio del mismo nombre, Estado de Michoacán, a los 21 días del mes de abril de 2002.

ATENTAMENTE

Grupo de Médicos Tradicionales de la Comunidad Purépecha de Nahuatzen, Michoacán.

Grupo de Médicos Tradicionales de la Comunidad Purépecha de Calzonzin, Michoacán.

Grupo de Médicos Tradicionales de la Comunidad Purépecha de Cherán, Michoacán.

Grupo de Médicos Tradicionales del Municipio Uruapan, Michoacán.

Grupo de Médicos Tradicionales Nahuas de la Sierra de Manantlán, Jalisco. Grupo de Médicos Tradicionales de la Comunidad Nahua de Tuxpan. Organización de Médicos Indígenas Tradicionales Kurhikua ka irhekuarikua;(Purhépechas).

Asociación Rescate y Desarrollo de la Medicina Indígena Tradicional (Nahuas de Jalisco).

Consejo Mexicano de Medicina Tradicional y Alternativa Tlahuilli (Filiales en Morelos).

Apéndices

Guadalajara y Michoacán).

Consejo Cultural de San Pedro Atlapulco, Estado de México.

Comisariado de Bienes Comunales del Poblado Ñahñu de San Pedro Atlapulco, Estado de México.

Comisariado de Bienes Comunales del Poblado Indígena de San Mateo Tlaltenango, Distrito Federal.

Salud en Manos del Pueblo.

Centro Nacional de Misiones Indígenas.